

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

**Avaliação da Violência Interpessoal contra a pessoa
idosa no contexto de um Serviço de Urgência Geral – A
parceria como intervenção de enfermagem na
promoção do cuidado de Si**

Carla Marina Alves Leocádio

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

**Avaliação da Violência Interpessoal contra a pessoa
idosa no contexto de um Serviço de Urgência Geral – A
parceria como intervenção de enfermagem na
promoção do cuidado de Si**


Carla Marina Alves Leocádio

Orientador: Professora Doutora Idalina Gomes

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



À memória dos meus queridos avós.

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Idalina Gomes, pela sua disponibilidade, dedicação, saber e exigência. Por acreditar, sempre, que podia mais e melhor...

Às enfermeiras que orientaram este estágio, pelo estímulo e por reconhecerem o meu empenho num tema tão sensível...

Aos enfermeiros da minha equipa de trabalho, pelo orgulho de pertencer a uma família assim...

Às pessoas idosas que participaram neste projeto, pela amabilidade na partilha da sua vida...

Aos meus amigos, pelo carinho, pelos momentos de humor, pela paciência...

À Tânia, companheira neste percurso, amiga para a vida...

Aos meus sogros, por poder confiar-lhes o meu bem mais precioso durante a minha ausência dedicada ao estudo...

À minha Mãe! Pilar essencial na minha vida e Avó fantástica, pela sua ajuda fundamental...

Ao meu Pai! Sei que estaria orgulhoso da sua menina...

Ao Vicente! Sem palavras que consigam descrever tamanho Amor, pelo tempo que perdemos juntos, pelas brincadeiras que ficaram para trás...

Ao Rui, pela compreensão, pelo incentivo, por valorizar o esforço, pelo seu abraço apertado e caloroso no momento certo...

A todos, e aos que não cabem nesta página, o meu mais sincero agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAV – Associação de Apoio à Vítima

CPP – Código de Processo Penal

DGS – Direção-Geral da Saúde

EPVA – Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Sr. – Senhor

Sra. D.^a – Senhora Dona

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

RESUMO

A violência na pessoa idosa é um fenómeno generalizado, considerado um problema na sociedade atual, com impacto direto na qualidade de vida da população idosa. Dada a importância que assume a violência interpessoal, a DGS (2014) lançou um modelo de intervenção para ser implementado pelos profissionais de saúde.

Os serviços de urgência podem ser o primeiro contacto da pessoa vítima de violência com um serviço de saúde e os enfermeiros surgem na linha da frente para trabalhar em parceria com a pessoa idosa, família e/ou prestadores de cuidados, nas situações de risco, ou evidência de violência, numa intervenção que deve ser efetuada em multidisciplinariedade, assentando em critérios uniformizados. Daí a relevância de conceber novos modelos de intervenção no serviço de urgência geral para a prevenção e controlo deste problema. Para o efeito, concebemos um projeto com a finalidade de adquirir competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente no que concerne à violência contra a mesma. A fundamentação do mesmo assentou no modelo teórico da Parceria de Gomes (2013, 2016). Assim, utilizámos uma metodologia de projeto, onde os participantes foram as equipas de enfermagem e as pessoas idosas. Na recolha de dados, nas fases de diagnóstico e de avaliação, recorreremos à análise documental de registos, a narrativas e entrevistas, realizando-se a sua interpretação através da análise estatística descritiva e análise de conteúdo. Trabalhámos junto das pessoas idosas, com suspeita, em risco ou vítima de violência, em contexto de urgência geral e em contexto comunitário, e recorreremos a instrumentos que permitiram a sua avaliação multidimensional. Simultaneamente, sensibilizámos as equipas de enfermagem para o problema e tentámos promover a mudança nas práticas, através de ações de formação, partilha e divulgação de resultados e culminando na implementação de um fluxograma de intervenção multidisciplinar. A prática de cuidados em parceria com os envolvidos permitiu-nos uma melhor compreensão do fenómeno ao identificar fatores de risco e indicadores de violência contra a pessoa idosa, nos diferentes contextos da prática.

Palavras-Chave: Violência na Pessoa Idosa, Serviço de Urgência Geral, Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Violence in the elderly is a widespread phenomenon, considered a problem in today's society, with a direct impact on the quality of life of the elderly population. Given the importance of interpersonal violence, the DGS (2014) has launched an intervention model to be implemented by health professionals.

Emergency services can be the first contact of a violence victim person with a health service and nurses appear at the front line to work in partnership with the elderly person, family and/or caregivers, in situations of risk or evidence of violence, in an intervention that must be carried out in multidisciplinary, based on standardized criteria. Hence the importance of designing new intervention models in the general emergency service for the prevention and control of this problem. For this purpose, we designed a project to develop skills of specialist nurse and master in medical-surgical nursing, in the care of the elderly, especially regarding violence against it. The foundation of the same was based on the Gomes Partnership theoretical model (2013, 2016). Thus, we used a project methodology, where the participants were the nursing teams and the elderly. In the collection of data, in the diagnostic and evaluation phases, we used documentary analysis of records, narratives and interviews, performing their interpretation through descriptive statistical analysis and content analysis. We worked with the elderly, suspected, at risk or victims of violence, in a context of general urgency and in a community context, and we used instruments that allowed for their multidimensional evaluation. At the same time, we sensitized nursing teams to the problem and tried to promote practice changes through training, sharing and dissemination of results and culminating in the implementation of a multidisciplinary intervention flowchart. The practice of care in partnership with those involved allowed us to better understand the phenomenon by identifying risk factors and indicators of violence against the elderly in different contexts of practice.

Palavras-Chave: Elder Abuse, Emergency Department, Nursing Care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1. O Envelhecimento e o cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa	14
1.2. A Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: a realidade e o ideal	16
1.3. A Violência contra a Pessoa Idosa	18
1.3.1. A Violência contra a Pessoa Idosa e a intervenção do enfermeiro	22
1.3.2. A Violência contra a Pessoa Idosa e a intervenção do enfermeiro especialista no Serviço de Urgência	26
1.3.3. A Parceria como intervenção de enfermagem no cuidado à Pessoa Idosa vítima de Violência Interpessoal	27
2. METODOLOGIA	30
2.1. Considerações éticas	31
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO E REFLEXÃO SOBRE ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS	32
3.1. Adquirir e desenvolver competências enquanto enfermeira especialista na prestação de cuidados de enfermagem em Parceria à pessoa idosa, com suspeita, em risco ou vítima de violência, em contexto de Serviço de Urgência Geral e na comunidade	33
3.2. Promover mudança nas práticas das equipas de enfermagem do SUG e da UCC na abordagem à pessoa idosa, com suspeita, em risco ou vítima de violência, nomeadamente em relação à prevenção, identificação e encaminhamento	46
3.3. Reflexão sobre as competências desenvolvidas	57
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ANEXOS

- I. Autorização para a implementação do projeto
- II. Participação em Seminário
- III. Formulário de Registo Clínico de Violência
- IV. Escala de *Sobrecarga do Cuidador de Zarit*
- V. Avaliação sumativa estágio SUG – enfermeira orientadora

APÊNDICES

- I. Análise SWOT
- II. Cronograma de Atividades
- III. Exemplo de Revisão Sistemática da Literatura – A Violência contra a Pessoa Idosa e a intervenção do enfermeiro
- IV. Guião de Colheita de Dados - Processo de Parceria com a Pessoa Idosa vítima de Violência Interpessoal que recorre ao Serviço de Urgência
- V. Notas de Campo – SUG
- VI. Estudo de Caso – SUG
- VII. Ficha de leitura - Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa no SUG
- VIII. Reunião com Equipa de Prevenção da Violência em Adultos
- IX. Estudo de Caso – UCC
- X. Instrumento de colheita de dados – questionário aplicado aos enfermeiros do SUG
- XI. Análise e discussão dos dados obtidos no questionário realizado aos enfermeiros do SUG
- XII. Instrumento de colheita de dados (narrativa) aplicado aos enfermeiros chefes de equipa do SUG
- XIII. Corpo e análise das narrativas dos enfermeiros chefes de equipa do SUG
- XIV. Ação de formação apresentada no SUG
- XV. Divulgação do Estudo de Caso de acordo com o Guião de Colheita de Dados-SUG
- XVI. Fluxograma de intervenção multidisciplinar na Violência contra a Pessoa Idosa – Serviço de Urgência Geral

Índice de Quadros

Quadro 1 – Objetivos específicos 1

Quadro 2 – Objetivos específicos 2

Quadro 3 – Temas, Categorias e Sub-categorias identificados através da análise das narrativas dos chefes de equipa do SUG

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge na sequência do estágio realizado no âmbito do 6º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No mesmo é apresentado o percurso realizado na implementação do projeto de estágio que teve como tema a “Avaliação da Violência Interpessoal contra a Pessoa Idosa no contexto de um Serviço de Urgência Geral: A Parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si”. As experiências desenvolvidas tiveram lugar em contexto hospitalar no Serviço de Urgência Geral (SUG) e numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC), no período entre 28 de Setembro de 2015 e 13 de Fevereiro de 2016.

O interesse pelo desenvolvimento do projeto nesta área adveio do facto do envelhecimento demográfico ser uma característica evidente da sociedade atual, cenário a que Portugal também não está alheio. Segundo as estatísticas demográficas nacionais, referentes a 2015 (INE, 2016), houve um aumento da proporção de pessoas idosas entre o ano de 2010 e 2015 e como consequência o índice de envelhecimento passou de 124 para 147 pessoas idosas por cada 100 jovens.

É com estas alterações demográficas que a problemática da violência contra a pessoa idosa ganha visibilidade. Gil & Fernandes (2011) referem que a violência nesta faixa etária está associada a condições de vulnerabilidade física e psicológica das pessoas que envelhecem e que as tornam suscetíveis a situações de dependência extrema face à família e outros. Também Gomes (2009, p.13) afirma tornar-se relevante *“compreender o processo de envelhecimento como um fenómeno natural, mas que pode envolver fragilidades e vulnerabilidades, aparentemente relacionadas com perdas que se processam ao longo da vida e que nesta fase são mais marcadas”*.

Para os enfermeiros este fenómeno representa um desafio, uma vez que lhes compete *“pensar em cuidados de enfermagem que respondam com eficácia às necessidades reais de quem frui mais anos vividos”*, tal como defende Fernandes (2013, p.3). Torna-se importante assegurar o envelhecimento com dignidade, com a

certeza que não serão vítimas de violência numa fase da vida em que podem estar numa situação de maior vulnerabilidade física e mental (Gil et al, 2014).

A nível nacional, a violência na esfera familiar e institucional tem vindo a apresentar contornos preocupantes e, a este propósito, Gaymu et al. (2008) afirmaram que, em Portugal, um aspeto que pode contribuir para uma particular vulnerabilidade da população idosa é o facto de ser um dos países da União Europeia onde existe uma maior proporção de pessoas com mais de 75 anos a coabitar com outros que não o cônjuge ou numa instituição. Para além da coabitação, o baixo nível de pensões de reforma e a feminização do envelhecimento, assim como o isolamento social, podem contribuir para o aumento do risco de violência.

A problemática da violência tem vindo a ser reconhecida por várias organizações internacionais como um dos mais graves problemas de saúde pública e a priorização nas suas agendas políticas tem sido constante (Santos et al., 2013). Como defendem Gil et al. (2014), o problema que se coloca dentro da temática da violência interpessoal contra a pessoa idosa relaciona-se com a ausência de estudos epidemiológicos a nível nacional que possam objetivar a real dimensão do fenómeno e também pela sua difícil avaliação uma vez que se trata de um tema de complexo reconhecimento, quer pela vítima e, muitas vezes, pelos próprios agressores. De acordo com Carvalho (2012, p.84), *"fazer uma abordagem à violência quer seja física, psicológica, emocional ou social relativamente ao ser humano, constitui per si, uma tarefa delicada"*. Como a própria autora defende, por norma, as questões recaem sobre mulheres e crianças vítimas de violência e raramente se coloca esta problemática ao nível das pessoas idosas. No entanto, a violência nesta faixa etária é um problema universal e um assunto que está na ordem do dia. A pessoa idosa que era valorizada e reconhecida socialmente, vista como detentora de conhecimentos e experiência de vida, passou a ser, gradualmente, encarada como um "fardo" com a necessidade de cuidados (Costa et al., 2009). Neste sentido, é pela falta de preparação da família e/ou prestadores de cuidados para lidar com as questões sociais e psíquicas inerentes ao processo de envelhecimento que se tem assistido a um aumento da violência nesta faixa etária (Costa et al., 2009).

Um determinante para o bem-estar e autonomia que poderá evitar ou potenciar a ocorrência de violência é o modo como se vive na velhice (Gaymu et al., 2008). Importa, nessa perspetiva, compreender as circunstâncias de ocorrência do fenómeno e os fatores de risco associados, de modo a definirem-se estratégias de intervenção pública. Os profissionais de saúde estão assim em posição privilegiada para identificar fatores de risco, situações de violência e intervir preventivamente ao identificar situações de risco, assim como sinalizar pessoas idosas e famílias que necessitem de proteção (Costa et al., 2009). Também Hardin & Khan-Hudson (2005), a este propósito, referem que os serviços de urgência deverão assumir um papel importante, na medida em que podem ser o primeiro contacto com a pessoa idosa com um serviço de saúde, pretendendo-se uma atuação pró-ativa na deteção e encaminhamento de casos de violência a pessoas idosas, bem como na identificação de fatores de risco, alicerçando a sua intervenção em critérios uniformizados de atuação e no estabelecimento de protocolos com outras entidades (serviços de apoio social e/ou saúde comunitária).

O enquadramento legal desta problemática está também bem delineado e encontra-se patente no Código Deontológico do Enfermeiro (2009), que refere que este, no seu exercício “(...) assume o dever de salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto-cuidado com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (artigo 81, alínea c) e “no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital”. A violência contra a pessoa idosa nega a condição de pessoa humana presente também na Constituição da República (2005): “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social” (artº. 72º). Por sua vez, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da DGS (2004), contempla estratégias de intervenção sendo que uma delas merece destaque no âmbito deste projeto porque assenta na promoção de desenvolvimento de ambientes capacitadores e refere-se a uma orientação técnica para os profissionais de saúde na deteção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas.

Assim, a escolha do tema da violência decorreu do facto de trabalharmos num serviço de urgência e termos verificado não existir nenhum protocolo de atuação a

este nível no serviço. Este possui uma série de características e especificidades “ameaçadoras” para a pessoa idosa. Um ambiente estranho, ruidoso e descaracterizado, com elevados tempos de espera e onde as pessoas idosas permanecem muito tempo sentadas ou em macas. Concomitantemente, uma equipa muitas vezes jovem e “preocupada em salvar vidas”, que nem sempre tem em conta a singularidade das pessoas idosas.

As necessidades de mudança que vão surgindo para dar resposta ao envelhecimento da população conduziram-nos ao conceito de Enfermagem Avançada que não é mais do que uma “*Enfermagem com mais enfermagem*” (Silva, 2007, p.12) que tem em conta a globalidade da pessoa em todas as suas dimensões. O exercício desta nova visão sobre a enfermagem foi o que nos norteou, numa tentativa de nos dissociarmos do modelo biomédico e valorizarmos a utilização de um modelo de enfermagem que tem como principal foco de atuação a pessoa, vendo-a como um parceiro de cuidados. Nesta perspetiva, recorremos a técnicas como a prática reflexiva, o pensamento crítico e o julgamento clínico e procurámos conhecer a realidade dos serviços onde iríamos realizar estágio. Identificámos à partida aspetos onde poderíamos intervir para melhorar a prática dos enfermeiros, tendo a preocupação de concretizar algo que fosse prático e exequível para um serviço, onde é necessário atuar com rapidez, e que nos permitisse desenvolver competências de mestre e especialista na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e sua família, nomeadamente às pessoas sujeitas a violência.

Ao analisarmos as nossas competências e experiência profissional como enfermeiras a exercer funções num serviço de urgência geral, onde a população alvo é maioritariamente idosa, consideramos que, segundo Benner (2001), nos colocávamos ao nível de uma enfermeira proficiente. O conhecimento adquirido através da prática permitiu-nos uma compreensão geral das circunstâncias de vida e particularidades da população idosa, mas reconhecíamos ainda a necessidade de obter competências que nos permitissem caminhar no sentido de atingir o nível de perita nesta área específica. Deste modo, com a finalidade de adquirir competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente no que concerne à violência contra a mesma, definimos dois objetivos gerais para a concretização deste projeto: (1) Adquirir e

desenvolver competências enquanto enfermeira especialista na prestação de cuidados de enfermagem em Parceria à pessoa idosa, com suspeita, em risco ou vítima de violência, em contexto de Serviço de Urgência Geral e na comunidade e (2) Promover mudança nas práticas das equipas de enfermagem do SUG e da UCC na abordagem à pessoa idosa, com suspeita, em risco ou vítima de violência, nomeadamente em relação à prevenção, identificação e encaminhamento.

Além das competências de enfermeiro especialista na área de cuidados à pessoa idosa, esperava-se com este projeto o desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista nos 4 domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE): responsabilidade profissional, ética e legal, gestão dos cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade (OE, 2010) assim como desenvolver as competências de mestre preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) com o desenvolvimento da capacidade de analisar o conhecimento que sustenta a prática de enfermagem. Esta intervenção desenvolvida próximo da pessoa idosa assentou num modelo de cuidado em Parceria de modo a promover o cuidado de Si, referencial teórico que assumimos para a concretização dos objetivos propostos. A metodologia usada para o desenvolvimento dos mesmos foi a metodologia de projeto.

Assim, o relatório que apresentamos é composto por quatro capítulos. Na introdução é explicitada de maneira sucinta a definição da problemática e o diagnóstico de situação e, posteriormente, o primeiro capítulo diz respeito ao quadro de referência, baseado na revisão da literatura realizada em relação ao envelhecimento e à pessoa idosa que é vítima de violência interpessoal, assim como ao modelo de intervenção em Parceria. O segundo capítulo refere-se à descrição da metodologia utilizada e o terceiro capítulo à implementação do projeto em si, com a descrição das atividades desenvolvidas, os resultados obtidos e as competências adquiridas. No quarto capítulo encontram-se as considerações finais e os contributos para a prática.

Para elaboração do relatório foram seguidas as normas do guia orientador da ESEL de 2017.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No sentido de fundamentar a realização deste projeto, assim como sustentar o problema identificado, serve este capítulo para expor o quadro teórico adotado, baseado na evidência científica. Para o efeito realizámos uma revisão sistemática e narrativa da literatura que incidiu sobre o envelhecimento e a realidade assistencial à pessoa idosa no serviço de urgência. Posteriormente é focado o tema da violência nesta faixa etária, a abordagem interventiva que o enfermeiro deverá ter assim como o modelo de intervenção em Parceria no cuidado à Pessoa Idosa vítima de Violência Interpessoal.

1.1. O Envelhecimento e o cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa

É indiscutível que a sociedade atual se caracteriza pelo envelhecimento demográfico e esta é uma realidade transversal a todos os países do mundo, apesar de apresentar proporções mais marcadas a nível da Europa (Aboim, 2014). Em Portugal esse fenómeno também se verifica e, se nos anos 80 apresentava uma população mais jovem que a média da União Europeia, hoje é um dos países mais envelhecidos da Europa e do mundo (Correia, 2012). O ciclo de vida tem vindo assim a aumentar progressivamente e nunca foi tão longo em Portugal como agora (Marques et al., 2016). Segundo as estatísticas demográficas referentes a 2015, houve um aumento da proporção de pessoas idosas entre o ano de 2010 e 2015 e como consequência o índice de envelhecimento passou de 124 para 147 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2016). As pessoas vivem mais anos em resultado das melhores condições de vida, de um acesso melhorado a cuidados de saúde e devido também aos progressos da medicina (Amaro, 2015; Marques et al., 2016).

O envelhecimento é caracterizado por um conjunto amplo de mudanças físicas, emocionais e neurológicas (Lopes, 2012). Está associado a perdas biológicas (danos celulares e moleculares), perda gradual nas reservas fisiológicas, aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade da pessoa, assim como também está envolto em mudanças importantes a nível dos papéis e posições sociais (OMS, 2015). Atualmente, na sociedade ocidental, por

vezes, constata-se um estereótipo de discriminação etária, enraizado e generalizado, onde impera o preconceito e as pessoas idosas são vistas como “um fardo”, dependentes, consideradas improdutivas e passando por situações de exclusão (Lopes, 2012; Amaro, 2015; OMS, 2015). Até há pouco anos, a sociedade oriental ainda encarava o envelhecimento como algo sagrado que merecia respeito, sendo a pessoa idosa valorizada pela sua sabedoria e experiências (Lopes, 2012).

De acordo com a OMS (2015) uma vida mais longa é um recurso valioso mas viver mais anos não é o suficiente para aumentar o bem-estar e a felicidade. Hoje em dia o desafio não passa por aí mas sim, fazer acompanhar de qualidade de vida esses anos que são vividos a mais (Amaro, 2015; Marques et al., 2016). Deste modo, o conjunto de oportunidades que surgem com a longevidade só fará sentido se as pessoas que usufruem desses anos o fizerem com saúde. A nível nacional, à semelhança do que acontece em todos os países desenvolvidos, o envelhecimento da população conduziu a uma preocupação crescente e apresenta-se atualmente como um problema social (Lopes & Lemos, 2012). A estrutura familiar, tradicionalmente responsável pelo cuidado à pessoa idosa, tem sofrido alterações importantes e predominam hoje famílias pequenas, onde a mulher trabalha “fora de casa” e muitas vezes sem familiares nas proximidades. Tendencialmente assiste-se, a um número crescente de pessoas idosas a habitarem sozinhas ou institucionalizadas e famílias pouco habilitadas para fornecer os cuidados específicos que essa população exige (Pavarini et al., 2005).

A enfermagem, assim como outras profissões, tem-se inserido no contexto multidisciplinar da gerontologia e enfrenta os desafios e dilemas que o envelhecimento demográfico representa (Pavarini et al., 2005; Lopes, 2012). Nesta perspetiva, os serviços de saúde precisam estar preparados para atender a esta parcela cada vez maior da sociedade e a questão do envelhecimento com qualidade de vida deve ser fundamental nas políticas públicas (Lima et al., 2014; Amaro, 2015). De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, prestar cuidados à pessoa idosa e garantir que a mesma tenha acesso a eles exige organização por parte dos sistemas em torno das necessidades dessa população, envolvimento com a família e comunidades (OMS, 2015).

Constata-se, progressivamente, a necessidade de prestadores de cuidados formais capacitados e qualificados para lidar com o universo da gerontologia e

prestar cuidados a este grupo populacional (Pavarini et al., 2005; Lima et al., 2014). O cuidado à pessoa idosa fundamenta-se nos conhecimentos do processo de envelhecimento para a valorização das necessidades bio-psico-sócio-culturais e espirituais e o papel dos promotores de saúde é mais complexo, visto o foco ser a manutenção de um estado positivo de saúde exigindo-se mais conhecimentos e perícia (Runciman et al., 2006; Lima et al., 2014). Neste sentido, também Sanders (2006) referiu que a promoção da saúde é um aspeto essencial do cuidar e são os enfermeiros, em particular os de cuidados comunitários, que mais proximidade têm com a pessoa idosa, famílias e comunidade em geral e que são elementos chave para a promoção da saúde. A nível hospitalar a intervenção da enfermagem também carece de atenção pois assiste-se, devido à atual prevalência de doenças crónicas e degenerativas, a um aumento do número de hospitalizações e ao consequente uso contínuo e crescente dos serviços de urgências por parte das pessoas idosas (Robinson & Mercer, 2007; Lima et al., 2014). Por conseguinte e, sendo âmbito deste projeto, parece-nos pertinente fazer uma abordagem à pessoa idosa, nesse mesmo contexto, no sub-capítulo que se segue.

1.2. A Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: a realidade e o ideal

A literatura, na sua generalidade, aponta para a necessidade crescente de conhecimento a nível gerontológico entre os profissionais nos serviços de urgência e o desafio passa por lidar com situações urgentes de forma eficiente e eficaz, ao mesmo tempo que se olha para a pessoa idosa de uma forma holística, com problemas complexos e multifacetados (Shanley et al., 2009).

A apresentação clínica da pessoa idosa no serviço de urgência difere dos adultos mais jovens uma vez que se caracteriza por comorbilidades, compromissos a nível cognitivo e funcional e, muitas das vezes, está rodeada de questões sociais complexas. Além disso, apresenta sintomas atípicos, tornando mais difícil o diagnóstico e a alta (Baumbusch & Shaw, 2011; Tavares 2012). Por outro lado, o serviço de urgência é caracterizado pela intensidade de trabalho, não só física mas também mental, pelo confronto diário com situações marcantes, de impotência, de perda e de morte e, pelas características que lhe estão inerentes, pode provocar na pessoa idosa desconforto, insegurança e confusão e o consequente agravamento do

seu estado, com manifestação de resultados adversos (Lima et al., 2010; Tavares, 2012). Corroborando com esta ideia também Azeredo (2014) refere que a ida (e/ou permanência) de uma pessoa idosa ao serviço de urgência representa sempre uma ameaça, não só relacionada com a dúvida no diagnóstico como também por ser um ambiente desconhecido, stressante e agressivo. Nesta perspetiva, Nolan (2009) defende que o serviço de urgência pode representar um risco aumentado para a pessoa idosa devido aos elevados tempos de espera, à permanência prolongada em macas duras e ao ruído intenso.

Tradicionalmente, o serviço de urgência está formatado para triar, tratar e encaminhar rapidamente, não permitindo conhecer de modo abrangente e integrado as reais necessidades da pessoa idosa e com isto, evitar novas vindas à urgência ou prevenir situações iatrogénicas (Baumbusch & Shaw, 2011; Azeredo, 2014). À medida que a população envelhece, torna-se essencial prestar cuidados urgentes adequados à pessoa idosa e poucos são os enfermeiros de cuidados críticos que receberam preparação no seu curso base para enfrentar a complexidade que esse cuidado exige (Salvi et al., 2007; Désy & Prohaska, 2008; Baumbusch & Shaw, 2011). Há necessidade dos enfermeiros, e outros profissionais, acrescentarem às suas habilidades e competências clínicas para atender situações urgentes e emergentes, outras de foro geronto-geriátrico (Azeredo, 2014). Constata-se assim a necessidade de integrar competências de enfermagem de cuidado à pessoa idosa na prática diária. Azeredo (2014) defende ainda que se deverá adaptar o espaço físico do serviço de urgência para uma população idosa cada vez mais numerosa, de forma a evitar efeitos secundários provocados pelo mesmo (desorientação espaço-temporal, infeções associadas aos cuidados de saúde, etc). Apoiando esta ideia, Crouch (2012) aborda que a necessidade de instalações adequadas para a pessoa idosa tem sido cada vez mais facilmente reconhecida e que, a título de exemplo, há um número de unidades nos Estados Unidos que estão a construir "salas de emergência para pessoas idosas". No Reino Unido são feitas recomendações para que as zonas de avaliação para essa população estejam localizadas numa área mais calma, preferencialmente separada do departamento onde a observação é possível, de modo a que o ruído, as interrupções e o excesso de estimulação sejam minimizados.

Idealmente, e em resposta ao crescente número de pessoas idosas, deveríamos ter serviços de urgência direcionados especificamente para eles e esta é uma realidade já presente em alguns países. Num estado Australiano, o governo introduziu um programa onde foram formadas equipas de urgência focadas na pessoa idosa que recorrem ao serviço de urgência com exacerbação aguda de doenças crónicas e complexas (Shanley et al., 2009). O reconhecimento do seu valor refletiu-se na decisão do estado em expandir significativamente o programa. Também no serviço de urgência de um hospital em Vancouver se introduziu o programa “*Geriatric Emergency Nurse*”, sendo essa iniciativa um exemplo da intervenção de enfermagem no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados críticos (Baumbusch & Shaw, 2011).

Atualmente é reconhecido o papel significativo das universidades na luta por estudos e ações sobre o cuidado à pessoa idosa e, conseqüentemente, da melhoria da sua qualidade de vida (Santos, 2006). Nem sempre os enfermeiros do serviço de urgência estão sensibilizados para esta questão e a sobrecarga de trabalho com que se deparam não é facilitadora a esse nível. Aspetos do cuidado de enfermagem de qualidade à pessoa idosa que deveriam fazer parte da prática diária no contexto de urgência incluem o conhecimento do processo de envelhecimento, conhecimento de técnicas de comunicação, defendendo sempre o seu bem-estar e realizando uma avaliação multidimensional (Shanley et al., 2009). De acordo com os mesmos autores, uma avaliação multidimensional tem em consideração os estados funcional e cognitivo, histórico de quedas e sua avaliação, medicação, história de doenças, entre outros aspetos, onde a atenção à possibilidade de violência contra a pessoa idosa é fundamental, pelo que passaremos a analisar este aspeto.

1.3. A Violência contra a Pessoa Idosa

Ser idoso é ter uma história de vida vasta e interessante pelas experiências que já viveu ao longo da sua vida. No entanto, o processo fisiológico de envelhecimento causa limitações que estão na base de alguma fragilidade e que tornam a pessoa idosa numa vítima especialmente vulnerável (Falcão & Ali-Can, 2012). O fenómeno da violência pode estar associado a situações de fragilidade e vulnerabilidade que conduzem a situações de dependência e angústia face às

mudanças de papéis a nível familiar e social (Coler, Lopes & Moreira, 2008). Assim, com o envelhecimento demográfico a problemática da violência contra as pessoas idosas vem ganhando maior visibilidade social. Esta temática foi abordada pela primeira em revistas científicas inglesas em 1975, com a terminologia “*violência nos avós*” (Baker, 1975, cit. In Krug, 2002).

Com o envelhecimento populacional, torna-se imperativo ter em atenção as questões que possam afetar a qualidade de vida e bem estar da pessoa idosa (Momtaz, Hamid & Ibrahim, 2013). A literatura analisada sugere que a violência nesta população é um problema generalizado e atinge tanto o sexo feminino como o masculino, não se confina à religião, à etnia, classe social ou cultura e pode acontecer em casas particulares, instituições sociais ou hospitais (Glasgow & Fanslow, 2007). É considerado um problema sério na sociedade, com impacto direto sobre a vida da pessoa idosa e com múltiplos riscos e causas (McGarry & Simpson, 2009; Phelan, 2010). No entanto, estas situações são muitas vezes legitimadas por crenças, valores religiosos e políticos, tomadas como uma forma normal de agir e, por norma, as questões recaem para mulheres e crianças vítimas de violência e raramente para esta problemática na pessoa idosa (Minayo, 2005; Carvalho, 2012). Karl (2008) refere que as pessoas idosas são frágeis e indefesas, permanecem durante muito tempo em silêncio, com medo de quebrar o único laço afetivo que lhes resta ou por temer represálias.

A pessoa idosa que era valorizada e reconhecida socialmente, vista como detentora de conhecimentos e experiência de vida, passou a ser, gradualmente, encarada como um “fardo” com a necessidade de cuidados. Neste sentido e como corrobora Costa et al. (2009), é pela falta de preparação de família e cuidadores para lidar com as questões sociais e psíquicas inerentes ao processo de envelhecimento que se tem assistido a um aumento da violência nesta faixa etária. O Relatório Anual de Segurança Interna não permite perceber quantas pessoas idosas se queixam de violência, mas o número de casos que vão chegando à APAV vai mostrando a tendência de crescimento de denúncias: passou de 774, em 2013, para 852 em 2014 e no Relatório Anual de 2015 da APAV o número aumentou para 977.

No que concerne à violência contra a pessoa idosa são várias as definições propostas. Neste quadro teórico adotamos a definição da OMS que entende por

violência contra pessoas idosas “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha” (OMS, 2002). Embora não seja uma definição recente mantém-se como referência atual e foi desenvolvida inicialmente pela organização *Action on Elder Abuse* e é das mais reconhecidas na literatura especializada e das mais adotadas pelos movimentos políticos e organizações não governamentais (Santos et al., 2013, p.55). O conceito engloba várias noções fundamentais, nomeadamente, as de intencionalidade, poder, alvo, impacto e natureza (DGS, 2014). A intencionalidade encontra-se relacionada com o ato em si mesmo, independentemente do dano causado e onde se incluem situações acidentais. A noção de poder refere-se à assimetria hierárquica existente nas relações violentas e o impacto ultrapassa o domínio físico da lesão ou da morte. A natureza, por seu lado, engloba questões relacionadas com negligência ou atos de omissão, assim como todo o tipo de violência física, sexual ou psicológica (DGS, 2014). Dentro da noção da natureza, Perel-Levin (2008) inclui ainda as situações de violência económica e financeira. A violência física contra a pessoa idosa é entendida como um conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar dor física ou ferimentos, da qual são exemplos, entre outros, as punições físicas (bater, esbofetear), empurrar, atirar um objeto e sub ou sobremedicar (Perel-Levin, 2008). A violência sexual refere-se ao envolvimento da pessoa idosa em atividades sexuais não consentidas, o assédio sexual ou a violação. A violência psicológica, emocional e/ou verbal é entendida como todas as ações que infligem sofrimento, angústia ou aflição, através de estratégias verbais ou não verbais, como são exemplo as ameaças, a humilhação, a intimidação e a manipulação, entre outros. Por sua vez, a violência económica ou financeira inclui o uso ilegal ou inapropriado, por parte de cuidadores e/ou familiares, de bens, fundos ou propriedades da pessoa idosa, de que são exemplo, entre outras atividades, o roubo, a venda de propriedades ou a transferência de dinheiro sem o consentimento do proprietário. A negligência constitui outra dimensão da violência, que compreende a recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres à pessoa idosa, e inclui, entre outros exemplos, a recusa/omissão de alimentação, recusa/omissão de suporte material e emocional e a negligência a nível dos cuidados de higiene e de saúde.

Existem várias teorias que tentam explicar o fenómeno da violência e que usualmente atribuem maior ou menor enfoque a fatores psicológicos e sociais. Segundo a OMS (2002), e presente no manual de Violência Interpessoal da DGS (2014), as estratégias de intervenção na violência dever-se-ão basear no Modelo Ecológico. Também Perel-Levin (2008) refere que este modelo fornece respostas mais concretas em relação à violência contra pessoas idosas que outros modelos e teorias não conseguem englobar, permitindo relacionar o abuso de pessoas idosas com inúmeras variáveis sociais, tendo em conta que possibilita explorar as interações entre o indivíduo e diversos fatores contextuais. As intervenções são direcionadas para um nível macro onde importa lidar com fatores culturais, sociais e económicos mais abrangentes; um nível social que recai no combate a atitudes e práticas culturais adversas ao nível da desigualdade de género e garantir a igualdade de acesso aos serviços; ao nível comunitário, aplicando medidas preventivas em escolas, bairros e locais de trabalho; ao nível relacional onde é fulcral a promoção de relacionamentos pessoais saudáveis nos diversos contextos e por último a nível individual, intervindo em fatores de risco pessoais ao nível do comportamento.

A ocorrência de situações de violência contra a pessoa idosa pode ser ponderada mediante a análise dos fatores que interagem, tanto de ordem individual, referente à potencial vítima, e a quem é perpetrador, assim como no plano das relacionais interpessoais, no do enquadramento comunitário e no do contexto social (Sethi et al., 2011). Conforme apresentado no Relatório da Violência Interpessoal da DGS (2014) os principais fatores de risco ao nível da vítima são:

- Sexo: mulher
- Idade: superior a 74 anos
- Dependência: grau elevado de incapacidade física e/ou intelectual
- Demência, incluindo doença de Alzheimer e outras
- Perturbações mentais: depressão
- Comportamento agressivo e desafiante

A nível individual em relação ao perpetrador os principais fatores de risco são os seguintes:

- Sexo: homem, no caso de mais tratos físicos; mulher no caso de negligência
- Perturbações mentais: depressão

- Consumo de substâncias: álcool e drogas
- Hostilidade e agressividade
- Problemas financeiros
- Stress: sobrecarga do cuidador (*Burden*)

A **nível do relacionamento** entre os interveniente os principais fatores de risco relacionam-se com a dependência financeira do/a perpetrador/a face à vítima (emocional e habitacional), a transmissão intergeracional da conduta violenta e a história prolongada de relacionamento interpessoal difícil. O parentesco também se assume como factor de risco uma vez que ocorre entre filho/a ou cônjuge/parceiro/a assim como a coabitação.

A **nível comunitário** o isolamento social (vítima que vive sozinha com o/a perpetrador/a e ambos com poucos contactos sociais) e a carência de suporte social traduzida pela ausência de recursos e sistemas sociais de suporte representam os principais fatores de risco.

Por último, a **nível social** os principais fatores de risco prendem-se com a discriminação em função da idade (*idadismo*) assim como outras formas de discriminação como o sexismo, o racismo, os fatores sociais e económicos, e a cultura da violência que se traduz na sua banalização.

1.3.1. A Violência contra a Pessoa Idosa e a intervenção do enfermeiro

Da revisão da literatura realizada destaca-se a importância que é dada à intervenção do enfermeiro no que diz respeito a situações de violência contra a pessoa idosa. Os autores são consensuais ao afirmar que esses profissionais têm necessidade de estar sensibilizados para os sinais de violência em todas as suas formas e devem reconhecê-los e avaliá-los na sua prática. Num estudo onde profissionais de saúde foram questionados sobre assuntos legais relacionados com a enfermagem gerontológica, o abuso e a negligência foram considerados como as principais questões jurídicas (Alford, 2006). Reparámos que, embora a terminologia que adotámos seja a de “*violência*”, na literatura estrangeira o termo que encontramos com mais frequência é o de “*elder abuse*”.

Alguns autores referiram a discriminação contra a pessoa idosa como uma forma de violência, para além da violência física, sexual, psicológica, financeira e negligência, já abordadas anteriormente (McGarry & Simpson, 2009).

Apesar da importância da sua intervenção, nem sempre os enfermeiros têm consciência disso, como se constatou através da análise de um estudo realizado com o intuito de compreender os motivos pelos quais muitas das situações de violência não são relatadas, concluindo-se que um em cada seis enfermeiros não saberia o que fazer se suspeitasse de abuso a uma pessoa idosa (Duffin, 2007).

É incontestável que o reconhecimento das situações de violência, a adoção de estratégias de intervenção e o conhecimento sobre serviços de apoio e autoridades policiais de referência são essenciais para salvaguardar o bem-estar pessoa idosa (McGarry & Simpson, 2009; Loh et al., 2015). A importância da consciencialização do fenómeno da violência contra esta população é descrita na literatura como uma obrigação, que tanto pode dizer respeito à esfera pública como profissional, como é o caso dos enfermeiros (Muelbauer & Crane, 2006; Yeaworth, 2007, O'Connor, 2016).

A maior parte dos estudos destaca a responsabilidade dos enfermeiros comunitários na identificação de estratégias eficazes para relatar e prevenir o fenómeno uma vez que trabalham no seio da comunidade, próximo do quotidiano de vida da pessoa idosa e da sua família e/ou prestadores de cuidados (McGarry & Simpson, 2009; Phelan, 2010). É dever do enfermeiro comunitário familiarizar-se com os novos dados sobre prevalência e fatores de risco e discutir esses problemas com os parceiros, para identificar as implicações locais e os pontos de ação, assim como conhecer os serviços locais de proteção de adultos (Manthorpe et al., 2007). Contudo, não só os profissionais que trabalham na comunidade devem estar sensibilizados para a possibilidade de violência na pessoa idosa, mas também aqueles que exercem funções em serviços de urgência, que abordaremos posteriormente, ou onde a pessoa idosa pode estar institucionalizada tendo em consideração que os indicadores de abuso podem ser subtis (Yeaworth, 2007; McGarry & Simpson, 2009).

De uma forma geral os estudos analisados referem que os enfermeiros estão numa posição ideal para desempenhar um papel relevante na deteção, gestão e prevenção da violência nas pessoas idosas (Muelbauer & Crane, 2006; Winterstein,

2012). Defendem que têm o dever de avaliar a pessoa idosa de acordo com os protocolos recomendados e trabalhar com a equipa multidisciplinar para ajudar a resolver o problema, devendo incorporar na sua prática intervenções de rastreio como parte da avaliação (Muelbauer & Crane, 2006; Alford, 2006). Além disso, devem intervir na defesa de estatutos e políticas que ajudem a prevenir violência, na detecção e denúncia (Yeaworth, 2007). Duas diretrizes explícitas são enumeradas num dos estudos analisados e estão relacionadas com a identificação de indicadores e a elaboração de um relatório verbal para a entidade adequada seguido de um relatório escrito detalhado e respetiva documentação (McGarry & Simpson, 2009). É importante que a documentação seja abrangente no registo de todos os aspectos dos casos de violência contra a pessoa idosa. Em particular, as questões relacionadas com a data, hora e cronologia devem ser registadas (Manthorpe et al., 2007). Nesse sentido, também o manual da Violência Interpessoal, da Direção-Geral da Saúde, salienta a utilidade dos registos no âmbito do processo penal, incluindo exame físico, fotodocumentação e preservação de provas, enquanto elementos judiciais, na aplicação de medidas de proteção e coação (DGS, 2014).

Uma das intervenções dos enfermeiros a que mais alusão se faz, refere-se ao dever de denunciar a situação de violência que deve constituir uma prioridade. A denúncia da situação às autoridades designadas e/ou serviços de proteção de adultos deve ser estabelecido como uma atividade essencial e segura adotando-se uma política de “*tolerância zero*” (Muehlbauer & Crane, 2006; Alford, 2006; Davison, 2007; Bendix, 2009). Os enfermeiros (e outros prestadores de cuidados de saúde) são assim repórteres mandatados e a denúncia deverá ser feita em todas as situações de violência (Bendix, 2009). Deverão conhecer as estruturas de resposta das organizações e estas, juntamente com os sistemas de prestação de cuidados, devem apoiá-los ativamente (Alford, 2006; O’Connor, 2016). De acordo com o artigo 242º do CPP, a denúncia criminal é obrigatória visto este tipo de violência ser considerado um crime público e pode ser participado por qualquer pessoa, não dependendo de queixa da vítima: “*para os funcionários, na aceção do artigo 386º do Código Penal, quanto a crimes que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.*” No entanto, é de particular importância que as intervenções assentem em procedimentos que garantam o sigilo relativamente a informações prestadas pelas vítimas (DGS, 2014). O Manual de Violência

Interpessoal orienta ainda os profissionais sobre questões éticas e deontológicas relacionadas com o respeito pelo tempo, ritmo e decisões da vítima, assim como o princípio da sua autonomia, respeitando a sua vontade.

As políticas relacionadas com a violência na pessoa idosa deviam ser análogas às da proteção da criança e receber um status semelhante. Os próprios enfermeiros deverão instituir políticas e procedimentos no seu local de trabalho para prevenir e relatar incidentes relacionados com o problema. Deverão desenvolver protocolos de atuação e mostrar como podem, em qualquer contexto, comunicar e trabalhar com outras entidades comunitárias e, de modo abrangente, perspetivar o desenvolvimento de ferramentas para avaliação e intervenção no fenómeno da violência contra a pessoa idosa. (Alford, 2006; Duffin, 2007; Erligsson et al., 2012).

Apesar da consciencialização geral em relação ao dever de avaliar e relatar as situações que atentam contra os direitos da população idosa, diversas são as barreiras que os impendem de o fazer, como o receio de que as suas suspeitas sejam infundadas, medo de “embaraçar” ou perturbar a pessoa, receio de vingança por parte do agressor e até mesmo sobrecarga de trabalho (Duffin, 2007; Winterstein, 2012). Muitos profissionais têm tendência para responsabilizar a sociedade, a família, as organizações e, por vezes, as próprias vítimas, no que se refere a negligência (Winterstein, 2012).

A questão da formação emerge como fundamental na prevenção, no reconhecimento e na gestão das situações de violência como um elemento básico de todos os cuidados (Davison, 2007). Num estudo analisado, onde os enfermeiros foram questionados sobre os motivos pelos quais não faziam relatos, cerca de metade sugeriu necessitar de formação extra (Duffin, 2007). Deve assim apostar-se em formação obrigatória e contínua, com programas educacionais, fóruns, seminários e workshops para todos os profissionais de saúde (onde se incluem médicos, enfermeiros, profissionais de saúde aliados, entidades policiais, assistentes sociais e outros funcionários de conselhos locais, como os dos departamentos de proteção) sobre os direitos humanos da pessoa idosa (Davison, 2007; Winterstein, 2012; Loh et al., 2015). Os enfermeiros sensibilizados para este fenómeno consideram que deveriam ser capazes de encaminhar as vítimas para lugares seguros e gostariam de ter maior apoio nesse sentido sugerindo, por exemplo, a criação de uma linha de ajuda e aconselhamento (Duffin, 2007).

O facto de poderem ser os únicos indivíduos fora da família a ter contacto regular com a pessoa idosa permite que esta relate as situações que vivencia ao enfermeiro (Muehlbauer & Crane, 2006; Manthorpe et al., 2007). Este, pode assim, no seu quotidiano, encontrar vítimas de violência e deve reconhecê-la e avaliá-la, ouvi-la e criar empatia, olhar de forma holística para a pessoa idosa em qualquer situação onde a suspeita surja (Alford, 2006; O'Connor, 2016). Identificar e lidar com casos de violência na pessoa idosa vai permitir aos enfermeiros fornecer o apoio emocional e aumentar a segurança e qualidade de vida nessa população (Duffin, 2007). É da competência do enfermeiro promover o valor da pessoa idosa, mostrando à sociedade como tratá-la mais humanamente, sendo que são responsáveis por garantir a proteção da população idosa e vulnerável (Alford, 2006). Os enfermeiros também podem e devem desempenhar um papel importante no desenvolvimento da investigação nesta área.

1.3.2. A Violência contra a Pessoa Idosa e a intervenção do enfermeiro especialista no Serviço de Urgência

As pessoas idosas são consumidoras frequentes de serviços de saúde e, as consequências da violência contra a mesma, podem funcionar como um catalisador para a assistência num serviço de urgência (Phelan, 2012). Esse, poderá ser o primeiro contacto da vítima com um serviço de saúde.

Muitas das intervenções anteriormente descritas são transversais a todos os contextos da prática de enfermagem. No entanto, aliar a complexidade que um atendimento à pessoa idosa num SU exige, à dificuldade que é lidar com uma situação de violência nem sempre se reveste de facilidade para o enfermeiro que exerce funções nesse contexto. No entanto, esses enfermeiros podem fazer uma diferença na identificação da dolorosa realidade em que a pessoa idosa se pode encontrar, através de abordagens pró-ativas, sensíveis e de apoio que promovam a autonomia e o *empowerment* (Phelan, 2012).

Torna-se essencial abordar a intervenção do enfermeiro especialista uma vez que é aquele que detém um conhecimento aprofundado num determinado domínio específico de intervenção. Esta, assume particular importância no que se refere à avaliação da violência interpessoal contra a pessoa idosa em contexto de urgência

geral pois o enfermeiro especialista tem a capacidade de identificar precocemente sinais e sintomas que indiquem que a pessoa idosa está em risco ou é alvo de alegada violência, usando instrumentos de avaliação para os quais lhe são reconhecidas competências na sua aplicação.

O enfermeiro especialista deverá também trabalhar junto dos seus pares e da equipa multidisciplinar, sensibilizando-os para esta problemática que, por seu lado, envolve uma grande variedade de potenciais perpetradores, que podem incluir família, cuidadores e parceiros. Tem sempre em vista a segurança e defesa dos direitos da pessoa idosa, respeitando as suas decisões, não ignorando sinais como a demora na procura de cuidados médicos, explicações confusas ou incongruentes para determinadas lesões ou a procura recorrente do SU (OMS, 2002).

Em última instância, o enfermeiro tem uma intervenção no encaminhamento e implica que se envolva na elaboração de procedimentos e/ou protocolos, que se articule com várias entidades, quer institucionais (Equipa de Prevenção da Violência em Adultos) quer da comunidade, com o objetivo major de proteção da vítima. Esta intervenção próximo da pessoa idosa e do seu contexto de vida deverá assentar num modelo de cuidado em Parceria que vise a promoção do cuidado de Si.

1.3.3. A Parceria como intervenção de enfermagem no cuidado à Pessoa Idosa vítima de Violência Interpessoal

As consequências para a pessoa idosa dependem do tipo de violência que é infligido e podem variar de pessoa para pessoa. As consequências físicas estão relacionadas com as lesões provocadas, as psicológicas incluem tristeza, diminuição da autoconfiança, desconfiança e das sociais destacam-se o isolamento e o pânico. Estudos realizados sugerem que a pessoa idosa com história de violência está no grupo de maior risco no que se refere às consequências para a saúde relacionadas com o stress e dos resultados adversos para a saúde física e mental que daí advêm (Roepke-Buehler & Dong, 2015).

A violência contra a pessoa idosa é muitas vezes desvalorizada pela própria vítima com receio de perder o prestador de cuidados (muitas vezes o único que existe), ser institucionalizada, exposição pública (“o que os outros irão pensar”) ou exposição perante o próprio agressor. Quando, pela exacerbação da sua situação,

recorre ou é trazido a um SU, experiencia um processo de transição saúde-doença e pode manifestar incapacidade de cuidar de si (Meleis, 2012). Torna-se necessária a construção de um processo de Parceria que passe por lidar com situações de vulnerabilidade e dependência, defendendo que *“qualquer que seja a circunstância do doente idoso, ele é um ser de ação, decisão e cuidado”* (Gomes, 2013, p.94). A este propósito Meleis (2012) refere que o enfermeiro deve intervir de forma terapêutica, identificando as necessidades da pessoa idosa com o objetivo de a tornar menos vulnerável.

O enfermeiro deverá capacitar a pessoa para o controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde, informando-o para que possa decidir qual o melhor caminho, conseguir gerir a sua situação e manifestar conforto e bem-estar (Gomes, 2009, p.236). De acordo com a autora, a Parceria numa relação de cuidados é uma intervenção em enfermagem que promove o cuidado de Si e engloba diversas fases.

A primeira fase implica o enfermeiro revelar-se, dar-se a conhecer e tentar conhecer a pessoa idosa, envolvendo-se na situação e planeando as intervenções seguintes, mostrando disponibilidade, respeito e afetividade (Gomes, 2009). Nos casos de violência o enfermeiro deverá conhecer o contexto social e familiar da pessoa idosa, os seus valores e o significado que a situação tem para ela.

A segunda fase do processo de Parceria permite ao enfermeiro envolver-se. Pressupõe que se estabeleça tempo e espaço, desenvolvendo uma relação de qualidade e confiança. Nos casos de violência esta fase assume-se de grande importância porque é nela que a pessoa idosa sente que é valorizada e escutada, que não é um fardo (Gomes, 2009).

Na terceira fase, capacitar ou possibilitar, constrói-se uma ação conjunta no desenvolvimento de competência para agir e decidir. Esta fase engloba a transmissão de informação, a reflexão e a negociação de intervenções que visam a concretização de capacidades potenciais em reais (Gomes, 2013, 2016).

A quarta fase, comprometer-se, traduz-se num esforço conjunto para atingir os objetivos delineados, assegurando a continuação do projeto de vida e de saúde da pessoa idosa (Gomes, 2013, 2016). O enfermeiro ajuda e dá suporte aos compromissos que a pessoa assume tendo em conta o que faz sentido para si, ou efetua um compromisso com o cuidado da mesma (Gomes, 2013, 2016). O enfermeiro apoia a pessoa idosa/família nesta fase de transição de capacidades

potenciais para reais, dando reforço positivo, estimulando, escutando e mostrando disponibilidade para ajudar a ultrapassar as dificuldades (Gomes, 2013, 2016).

A quinta e última fase tem duas vertentes: o assumir o cuidado de Si próprio e o assegurar o cuidado do Outro. Dentro do âmbito da violência, ao assumir o cuidado de Si, o enfermeiro forneceu ferramentas à pessoa idosa para esta identificar os sinais da violência, assumindo a sua situação e deste modo melhorar a sua condição e a sua qualidade de vida (Gomes, 2013, 2016), sendo um agente ativo na Parceria. Está informada e tem a capacidade de decidir o que será melhor para ela. Assegurar o cuidado do Outro, implica trabalhar com a equipa multidisciplinar, identificar e encaminhar situações de violência. O enfermeiro poderá também trabalhar com o familiar e/ou prestador de cuidados e capacitá-lo para assegurar o cuidado do Outro, avaliando a sua sobrecarga e assim reduzir os fatores de risco.

No âmbito da violência contra a pessoa idosa, a aplicação deste modelo de intervenção é pertinente uma vez que permite ao enfermeiro capacitar a potencial vítima na tomada de decisão relativamente à sua situação. A pessoa idosa vítima de violência é uma pessoa com identidade própria e cabe ao enfermeiro promover a sua iniciativa, a reflexão, numa relação baseada no respeito e na ajuda (Gomes, 2009). Em Parceria é possível atenuar os efeitos negativos da violência, promover o bem-estar da pessoa idosa, facilitando o processo de transição saudável e desenvolvimento do seu projeto de vida.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a de projeto que tem como objetivo principal a resolução de problemas e o desenvolvimento de capacidades e competências, conseguindo-se uma articulação entre a teoria e a prática (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Nesta perspetiva, *“através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência”* (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.2). A opção pela metodologia de projeto emergiu do propósito de querermos resolver um problema identificado em contexto de trabalho. Esta metodologia, de acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes. (2010) é composta por diferentes etapas interrelacionadas entre si e que são as seguintes: o diagnóstico de situação, a definição dos objetivos, o planeamento, a execução, a avaliação e por último a divulgação dos resultados.

O diagnóstico da situação diz respeito à descrição da realidade existente sobre a qual se pretende intervir, sendo um *“processo dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes”* (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.10). Os objetivos referem-se aos resultados que se pretendem atingir e ao defini-los deve ter-se em conta que estes deverão ser precisos, percetíveis, exequíveis e mensuráveis. O planeamento consiste na realização de um desenho de projeto tendo em conta os objetivos delineados. Nesta etapa planificam-se as atividades, definem-se estratégias e os meios necessários para a sua realização, calendarizando as atividades definidas através de um cronograma. A execução refere-se à realização das atividades que foram definidas. É a etapa mais trabalhosa mas a mais proveitosa, segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010). A avaliação é um processo dinâmico e contínuo através da aplicação de instrumentos de avaliação de forma a analisar a coerência, eficácia e eficiência do projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Nesta etapa comparam-se os resultados que foram definidos inicialmente e os que foram concretizados. Por último, após a concretização das etapas anteriores, é feita a divulgação dos resultados, onde se dá a conhecer a pertinência do projeto e o percurso efetuado na resolução dos problemas. Posteriormente à implementação do projeto redige-se o relatório final, fundamental na transmissão e divulgação dos resultados.

2.1. Considerações Éticas

Para o desenvolvimento e implementação do projeto houve a necessidade de realizar pedidos de autorização para a realização do projeto e nomeadamente para a utilização de instrumentos de recolha de dados e avaliação assim como a obtenção de dados pelo sistema informático *Alert*. A autorização pela direção de enfermagem do Hospital, com aprovação prévia por parte da coordenação de enfermagem e direção clínica do SUG, encontra-se em Anexo I. As instituições não foram identificadas e a caracterização dos serviços foi apenas no estritamente relacionado com o projeto. Tivemos sempre a preocupação de garantir o respeito pelos direitos dos participantes (enfermeiros e pessoa idosa) e que, de acordo com Nunes (2013) são os seguintes:

- **Direito de conhecimento pleno ou informação completa** sobre o estudo. Nesta perspetiva, os participantes foram devidamente informados dos objetivos do estágio e finalidade do projeto;

- **Direito de autodeterminação**, que se baseia no princípio ético do respeito pelas pessoas e, neste sentido, os participantes decidiram livremente participar no estudo e pedido o consentimento informado;

- **Direito à intimidade**, pelo que os participantes tiveram a opção de não responder a questões que constituíssem uma forma de intrusão na sua vida pessoal, assim como foi protegida a sua identidade e tiveram direito à confidencialidade da informação que partilharam;

- **Direito ao anonimato e à confidencialidade**, sendo que os dados pessoais não foram divulgados ou partilhados sem autorização expressa e a identidade dos participantes não foi associada às respostas. Na apresentação dos resultados teve-se o cuidado de preservar a sua identidade.

Relativamente à pessoa idosa, tivemos ainda a preocupação de, no decorrer do estágio, respeitar os princípios éticos da autonomia, veracidade, justiça, fidelidade, não-maleficiência e beneficência, promovendo a dignidade da pessoa idosa e sua família e atendendo aos valores humanos do Código Deontológico (OE, 2009). Todas as informações colhidas atenderam ao enunciado no artigo 84º do Código Deontológico, que menciona que o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitando, defendendo e promovendo o direito da pessoa ao consentimento informado (OE, 2009).

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO E REFLEXÃO SOBRE ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS

Ao longo do percurso profissional, a necessidade de formação surge para tentarmos contornar os obstáculos com os quais, como enfermeiros, nos vamos deparando. A necessidade de aprofundar o conhecimento teórico é assim uma forma de colmatar possíveis lacunas na resolução de problemas das suas práticas diárias (Christiansen, 2010). O atendimento a uma população cada vez mais idosa exige mobilização de novos conhecimentos sobre a mesma, sendo que o desenvolvimento profissional, através da formação, é uma necessidade imperativa dos enfermeiros e permite a aquisição de competências para uma prestação de cuidados de qualidade tendo em conta os novos desafios que se impõem (Fonseca, 2015). Esta ideia surge reforçada na alínea c) do artigo 88º do Código Deontológico, que refere que o enfermeiro tem o dever de “...*manter atualização contínua dos seus conhecimentos e usar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas*” O enfermeiro especialista surge como aquele que possui “*um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências relativas a um campo de intervenção*” (OE, 2011, p.8648). Neste projeto o campo de intervenção foi a saúde da pessoa idosa vítima de violência interpessoal, sendo que a finalidade foi a de desenvolver competências de enfermagem, de mestre e especialista, na área médico-cirúrgica, direcionadas para esse mesmo campo. O desenvolvimento das competências de mestre pressupõem uma aprendizagem autónoma ao longo da vida (Decreto-Lei 74/2006 de 24 de março).

O estágio que realizámos surgiu assim como a oportunidade de desenvolver o conhecimento especializado em quatro domínios que estão descritos no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (OE, 2011). Foi ainda essencial para a aquisição e desenvolvimento de competências de mestre, de acordo com o regulamento de mestrado da ESEL (2013). Especificamente,

desenvolvemos competências de especialista e mestre na área médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, nomeadamente no que concerne à violência interpessoal, de forma a permitir-nos cuidar da pessoa idosa e sua família em contextos distintos, neste caso, hospitalar e comunitário.

Para o desenvolvimento do projeto delineámos dois objetivos gerais que funcionaram como orientação neste percurso:

- **Adquirir e desenvolver competências enquanto enfermeira especialista, na prestação de cuidados de enfermagem em Parceria à pessoa idosa, com suspeita, em risco ou vítima de violência, em contexto de Serviço de Urgência Geral e na comunidade;**
- **Promover mudança nas práticas das equipas de enfermagem do SUG e da UCC na abordagem à pessoa idosa, com suspeita, em risco ou vítima de violência, nomeadamente em relação à prevenção, identificação e encaminhamento.**

A Análise SWOT (APÊNDICE I), elaborada também na fase de projeto, orientou o desenvolvimento do mesmo ao permitir que tomássemos consciência dos elementos facilitadores e trabalhássemos os aspetos que podiam comprometer a sua implementação. As atividades que planificámos e as estratégias que definimos encontram-se calendarizadas em cronograma (APÊNDICE II).

3.1. Adquirir e desenvolver competências enquanto enfermeira especialista na prestação de cuidados de enfermagem em Parceria à pessoa idosa, com suspeita, em risco ou vítima de violência, em contexto de Serviço de Urgência Geral e na comunidade

As atividades que realizámos de acordo com cada objetivo específico, assim como todo o processo de aprendizagem que proporcionou o desenvolvimentos das competências preconizadas para o enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, encontram-se descritos seguidamente.

Objetivos Específicos

1. Adquirir e aprofundar conhecimentos sobre a problemática da violência interpessoal contra a pessoa idosa.
2. Compreender o fenómeno da violência contra a pessoas idosa que recorre ao SUG.
3. Compreender o fenómeno da violência contra a pessoas idosa na comunidade e no seu contexto familiar.
4. Identificar as necessidades da pessoa idosa, e/ou familiar ou prestador de cuidados, utilizando instrumentos de avaliação adequados, planeando e desenvolvendo intervenções de enfermagem em Parceria.

Quadro 1 – Objetivos específicos 1

Com o intuito de aprofundar conhecimentos sobre a problemática, uma das atividades que realizámos, que se iniciou na fase de projeto e que foi transversal a todo este processo (prolongando-se por todo o período de estágio) foi a **realização de pesquisa bibliográfica sobre a violência interpessoal contra a pessoa idosa**. Dada a especificidade do tema e do principal contexto de estágio, assim como da população que pretendíamos estudar, foi necessária uma revisão da literatura, focando as necessidades da pessoa idosa e sua família, ou prestador de cuidados, e os aspetos em que o enfermeiro poderia intervir diretamente. Toda a pesquisa bibliográfica realizada culminou na **elaboração da Revisão Sistemática da Literatura** (APÊNDICE III) que é considerada no quadro teórico deste relatório e serviu de base para as intervenções realizadas. O ponto de partida para a mesma foi a formulação da seguinte questão de investigação: *Quais as intervenções de enfermagem na abordagem à pessoa idosa vítima de violência e quais os benefícios das mesmas para as pessoas idosas?* Para o efeito, recorremos à base de dados eletrónica EBSCO (CINAHL *Plus with Full Text*, MEDLINE *with Full Text*) e, tendo em consideração as várias dimensões do fenómeno da violência, utilizámos palavras-chave com a seguinte orientação: [*“elder abuse”* OR *“elder mistreatment”* OR *“elder violence”* OR *“elder neglect”* (S1); *“nursing care”* OR *“nursing interventions”* OR *“nurse’s role”* (S2) e posteriormente conjugámos os descritores selecionados: S1 AND S2]. As palavras foram procuradas em texto integral (*full text*), retrospectivamente até 2006 e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e análise dos artigos finais (focada no conteúdo presente em títulos e resumos e, sempre que necessário, na leitura do texto integral) resultaram os artigos que constituíram a matéria final para análise e elaboração da RSL. Concomitantemente a

esta revisão, foi feita uma pesquisa sobre o processo de envelhecimento e todos os aspetos inerentes aos contextos em que encontrámos a pessoa idosa.

Ainda em fase de projeto, com o mesmo objetivo de aprofundarmos conhecimentos sobre o tema, tivemos oportunidade de participar **no seminário “A Violência Doméstica e de Género: uma abordagem multidisciplinar”** (ANEXO II) no qual, diferentes grupos profissionais e especialistas apresentaram informação pertinente sobre esta problemática. Esta participação revelou-se crucial uma vez que nos proporcionou uma visão global sobre o tema e as suas especificidades e através da qual foi possível perceber a importância da intervenção multidisciplinar. Contribuiu para a consolidação de conhecimentos prévios e ajudou a perceber a dimensão do fenómeno e os circuitos inerentes à sua resolução. Forneceu-nos bases para delinear atividades futuras nos diferentes contextos de estágio.

Aprofundar conhecimentos sobre o modelo teórico que iríamos adotar era igualmente importante. Um modelo de enfermagem é uma estrutura de ideias que guia a prática assistencial, sustentando o cuidado de enfermagem e oferecendo princípios que ajudam a enfermeira a conduzir a assistência em todas as suas fases, de acordo com a complexidade dos cuidados (Nóbrega & Barros, 2001). Nesta perspetiva e, com a especificidade inerente aos cuidados que a pessoa idosa exige, precisámos nortear a nossa intervenção. O objetivo passava por atuarmos em Parceria com a pessoa idosa e sua família, ou prestador de cuidados, de forma individualizada. A adoção do modelo de intervenção em Parceria, neste projeto no âmbito da violência interpessoal, permitiu-nos estruturar a prática de cuidados em diferentes etapas, proporcionando-nos organização de pensamento e possibilitou-nos estabelecer um relação mais próxima com a pessoa idosa, conhecendo a sua história, o seu contexto sócio-familiar, e definindo objetivos conjuntos de acordo com o seu projeto de vida (Gomes, 2013, 2016).

Assim sendo, importa, numa abordagem inicial, revelarmo-nos, darmos-nos a conhecer, mostrando empatia e podendo colocar questões relativas à sua satisfação, por exemplo, com as relações familiares, num ambiente privado e cómodo. Identificar situações de suspeita, risco ou perigo, já implica estarmos a envolver-nos e comprometermo-nos com a pessoa idosa. Assumimos uma posição facilitadora da expressão e de sentimentos pela confiança já estabelecida, conhecermos a perceção que a pessoa idosa tem da sua situação e asseguramos o

cuidado dentro daquilo que faz sentido para ela. Numa fase final, a intervenção passa por capacitarmos ou possibilitarmos que a pessoa idosa assuma o seu próprio cuidado ou, em situações de maior vulnerabilidade e/ou dependência, a família ou prestador de cuidados, assegure esse mesmo cuidado como nos refere Gomes (2016).

A primeira etapa para a implementação do projeto teve a duração de 14 semanas e iniciou-se a 28 de setembro de 2015, através da **realização de estágio no SUG**, serviço no qual exercemos funções e no qual reconhecemos a escassez de consciencialização nesta área. Assumia-se como um problema que já tinha sido identificado na prática diária e era necessário resolvê-lo e fundamentar essa resolução na evidência científica.

O SUG é um serviço que tem como missão estratégica o atendimento de doentes urgentes e emergentes, com uma equipa de enfermagem constituída, na altura do estágio, por 60 elementos, distribuídos por 5 equipas. Para a zona de ambulatório encontrava-se preconizada a presença de 7 enfermeiros e 4 para a zona de SO. A urgência assume-se como uma porta de entrada no hospital e fazia sentido, neste percurso, optar por este campo de estágio pois a literatura refere que a pessoa idosa é a principal utilizadora dos serviços de saúde e que as consequências da violência nessa população podem precipitar o atendimento num serviço de urgência. Estatisticamente, segundo os dados de 2014 do Gabinete de Informação para a Gestão do Centro Hospitalar em causa, a faixa etária que mais recorreu ao serviço situava-se num intervalo que variava entre os 70 e os 89 anos. Compreender o problema da violência neste contexto permitir-nos-ia estabelecer uma distância para aquilo que o serviço de urgência está, numa primeira ordem de ideias, formatado e aquilo em que o enfermeiro também deveria intervir. Apesar de ser um contexto com o qual estamos familiarizados, o facto de nos encontrarmos numa posição académica foi facilitadora e contribuiu para nos inteirarmos das situações de um modo diferente, pois a disponibilidade para acompanhar a pessoa idosa foi maior.

Durante o percurso pedagógico em contexto de urgência, e como reflexo das novas necessidades de cuidados que emergem do fenómeno do envelhecimento da população, compreendemos a importância que a avaliação multidimensional da pessoa idosa assume, ao proporcionar não apenas a identificação de situações que

precisem ser tratadas, mas também o reconhecimento de problemas potenciais que mereçam consideração antecipada e estratégias preventivas (Gambert, 2009). Para nos auxiliar nessa avaliação abrangente e nos facilitar o processo de recolha de dados, após as pesquisas e leituras efetuadas, considerámos ser pertinente a **elaboração de um guião** (APÊNDICE IV) que nos permitisse orientar a entrevista e também nortear as intervenções posteriores em Parceria com a pessoa idosa. Para o efeito recorremos aos itens preconizados pela DGS no âmbito da Violência Interpessoal para atuação junto da pessoa idosa, tendo em consideração os fatores de risco e os indicadores descritos na literatura e aliámos esses itens às fases do modelo teórico adotado. A entrevista orientada pelo guião permitiu-nos a obtenção de muita informação pertinente, foi utilizado para a realização dos estudos de caso e exigiu que mobilizássemos diferentes tipo de conhecimentos e que os sincronizássemos de modo a obter um documento único. Sendo muito abrangente, o guião realizado contemplava uma avaliação multidimensional da pessoa idosa com recurso aos seguintes instrumentos (que se encontram como apêndices nos estudos de caso realizados): *Mini-Mental State Examination* para avaliação do estado mental, *Escala de Lawton e Brody* para as atividades instrumentais de vida diárias, *Índice de Barthel* para as atividades básicas de vida diárias, *Mini Nutricional Assessement* para avaliação do estado nutricional, *Classificação Funcional da Marcha de Holden* para avaliação da marcha, *Escala de Morse* para o risco de queda, *Escala de Braden* para o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, *Escala Clinical Dementia Rating* para avaliação da história de demência, *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage* – versão curta, para avaliação da depressão geriátrica. Dentro desta temática considerámos ainda importante incluir, sempre que possível, a *Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit* e o *Elder Assessment Instrument*, para avaliação do risco de violência na pessoa idosa. Tivemos em consideração que estes instrumentos tivessem sido estudados e validados para a população portuguesa.

A construção deste guião contribuiu para o aumento do conhecimento sobre o modo de operacionalizar e colocar em prática as diferentes fases do processo de Parceria. Otimizou também o desenvolvimento de competências comunicacionais na realização de entrevistas, uma vez que estas assumem-se como um método versátil e uma técnica que não serve só para recolha de dados como também para

diagnóstico e orientação (Júnior & Júnior, 2011). Neste sentido, foi uma ferramenta essencial que nos auxiliou na elaboração dos estudos de caso, em contexto hospitalar e comunitário.

O envolvimento da equipa de enfermeiros do SUG foi crucial e foram elementos ativos a partir do momento em que tiveram conhecimento do projeto, possibilitando-nos cumprir um dos objetivos específicos delineados que era o de **compreender o fenómeno da violência contra a pessoas idosa que recorre ao SUG**. Enquanto procurávamos identificar casos de pessoas idosas potenciais vítimas de violência, numa tentativa de resolvermos os problemas e colocá-las em segurança, os casos identificados eram-nos comunicados pelos enfermeiros. No entanto, essas situações relacionavam-se diretamente com casos de violência física na pessoa idosa, relatados pela própria vítima, o que nos levou a considerar que muitos casos como os de negligência, por exemplo, não eram tão valorizados ou encontravam-se mascarados, tornando a sua identificação mais complexa. Após reunirmos algumas informações de diversos processos de pessoas idosas identificadas como potenciais vítimas de violência interpessoal, **elaborámos uma nota de campo, descritiva e reflexiva**, sobre as mesmas (APÊNDICE V). Um outro caso que identificámos era o do Sr. D., sobre o qual **realizámos um estudo de caso** (APÊNDICE VI). Este trata-se da exploração de um caso obtido a partir de uma recolha de dados detalhada, que envolvem várias fontes de informação e que devem ser relevantes para a tomada de decisão (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

O Sr. D. era um idoso de 78 anos que tinha ficado internado devido à sua situação social complexa. Apesar da sua doença e das suas comorbilidades não teria indicação para internamento mas acabou por ficar largas semanas no SUG. Ficou deitado numa maca, num local de passagem de diversos profissionais, com luz e ruído permanentes. A tentativa foi sempre a de proporcionar o maior conforto possível mas os condicionalismos físicos e funcionais existentes num serviço com estas características gerava sempre em nós sentimentos de impotência e frustração. Proporcionando-lhe a maior privacidade possível, demos-lhe tempo e a disponibilidade que precisava para a recolha de dados. Explicámos que pretendíamos conhecer melhor a sua história com o objetivo de poder ajudá-lo e obtivemos a sua autorização, sendo que assegurámos o respeito pelos princípios éticos já enunciados. A realização de um estudo de caso neste contexto, e nesta

situação em particular, contribuiu para que entendêssemos e analisássemos uma situação real na qual a equipa multidisciplinar poderia ter intervindo precocemente.

Um dos problemas que identificámos na prática do SUG, e que promoveu a reflexão e pesquisa, estava relacionado com o uso dos instrumentos de avaliação multidimensional nos cuidados à pessoas idosa. Como já referimos, os modelos de cuidados direccionados para essa população estão a evoluir e realçam a importância da avaliação multidimensional e a sua gestão por equipas multidisciplinares de atendimento especializado. Cada vez mais, esses modelos estão a demonstrar melhores resultados, por permitir uma melhor compreensão da complexidade da pessoa idosa e otimizar o cuidado às mesmas, reduzindo a mortalidade e dependência, evitando-se episódios de readmissão hospitalar, por exemplo. Tornar esta prática uma filosofia de cuidados nos serviços de urgência é uma área em evolução mas necessária que visa adaptar os princípios de medicina geriátrica ao ambiente de atendimento urgente (Ellis, Marshall & Ritchie, 2014).

No entanto, apesar da importância que a avaliação multidimensional tem neste contexto percebemos que, num serviço com elevado nível de imprevisibilidade e com um trabalho exigente do ponto de vista técnico e psicológico, este não pode ser um processo tão moroso, devendo ser mais prático e funcional. Importa assim questionar como poderemos fazer isso. Tentámos perceber o que a literatura dizia sobre esta situação e **realizámos uma ficha de leitura** sobre o mesmo (APÊNDICE VII).

A pessoa idosa que recorre ao SU pode ter múltiplas comorbilidades o que torna a avaliação mais complexa, exigindo mais tempo. Num ambiente como o da urgência torna-se um desafio. Os autores que lemos defendem a utilização da avaliação multidimensional apenas para pessoas idosas identificadas em risco após uma avaliação prévia, no momento da triagem do SU, para que possa ser viável a sua realização em serviço de urgência. Apesar de não ser um estudo validado e adaptado para a realidade nacional, referem que deverão ser utilizadas ferramentas de uso rápido e que a sua utilização não deveria exceder os 25 minutos. A utilização destas ferramentas pode ajudar a conhecer a pessoa idosa vítima de violência, uma vez que é uma situação complexa que implica uma avaliação abrangente da mesma.

O conhecimento da pessoa que é vítima de violência e a intervenção de saúde é uma preocupação da DGS que elaborou um manual de intervenção e

preconiza a formação de equipas multidisciplinares. Numa fase final do estágio no SUG foi formada a EPVA. Esta é uma equipa multidisciplinar constituída por dois enfermeiros, um assistente social, um psicólogo e um psiquiatra e que vem responder à lacuna a nível de uma resposta integrada do SNS no âmbito da intervenção contra a violência em adultos (DGS, 2104). A nível hospitalar, tem como objetivo trabalhar junto dos vários profissionais contribuindo para a sua sensibilização sobre a temática da violência ao difundir informação e apostar na formação. Os enfermeiros do SUG, por exemplo, ao identificarem potenciais situações de violência, deverão adotar determinados procedimentos e a EPVA é a entidade que lhes presta apoio nessa sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos, definindo com os serviços o circuito das vítimas.

Tivemos oportunidade de estar presentes na **reunião da coordenadora da EPVA** com a direção clínica e de enfermagem do SUG. A proposta de procedimento hospitalar foi discutida na reunião e prendia-se com as intervenções que a equipa multidisciplinar deveria ter perante uma potencial situação de violência. Apesar de não ser específico para a pessoa idosa, a presença nesta discussão revelou-se bastante vantajosa a nível académico uma vez que se relacionava diretamente com a temática em estudo e com todas as pessoas que recorriam ao SUG. Abordou-se o preenchimento multidisciplinar de um **Formulário de Registo Clínico da Violência** (ANEXO III), de acordo com as diretrizes da DGS e que implica um registo mais detalhado e objetivo do sucedido e onde devem constar todas as informações pertinentes recolhidas junto à alegada vítima. Considerámos pertinente anexar o formulário a este relatório pois o seu preenchimento passará a ser uma das competências da equipa assistencial, para além da informação que se deverá registar em diários, clínico e de enfermagem. Este formulário é muito abrangente e engloba vários itens que vão desde a identificação da vítima, identificação de prestadores de informação até à identificação de suspeitos. Engloba ainda todo o processo associado à avaliação da situação, onde se inclui o contexto de vida da pessoa, o exame físico, sempre que se justifique, e a hipótese de diagnóstico de acordo com os protocolos da DGS, para situações de suspeita, risco e perigo. Destacamos que, embora exija tempo para o seu preenchimento, este é um documento que deverá ser preenchido não só pelo enfermeiro e médico, mas também pelo psiquiatra e assistente social, assim como pelos elementos do

gabinete de medicina legal da instituição (nomeadamente no que concerne ao exame físico detalhado, com fotodocumentação e colheita de vestígios). O seu preenchimento deverá ser precedido sempre de um formulário de consentimento informado, livre e esclarecido.

Considerámos muito importante o que foi delineado relativamente aos procedimentos que deverão ser aplicados pela equipa mas também não menos importante foi o facto da mesma equipa ter conhecimento sobre os fatores de risco inerentes à vítima ou ao potencial agressor, assim como aos indicadores da violência que podem ser subtis. Deste modo, ficámos com uma ideia mais concreta do que poderíamos fazer para aliar o projeto ao que já estava a ser definido pela EPVA. A nota de campo relativamente à presença nesta reunião encontra-se em APÊNDICE VIII.

De acordo com o que estava delineado, o **percurso do estágio continuou em contexto comunitário**. Iniciou-se no mês de janeiro de 2016 e teve a duração de 4 semanas.

Fazia sentido, neste percurso académico, conhecermos uma realidade diferente relacionada com o contexto de vida da pessoa idosa e envolvermo-nos na sua dinâmica familiar, indo ao encontro de um objetivo específico definido que era o de **compreender o fenómeno da violência contra pessoas idosas na comunidade e no seu contexto familiar**

A UCC assegura a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e dependentes, com potencial situação de risco ou perigo. Os seus elementos constituem uma equipa multidisciplinar com enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, terapeuta da fala, nutricionista e técnicos.

À semelhança do que verificámos em contexto hospitalar, também aqui a população idosa era a que mais necessitava de cuidados. Maioritariamente dependentes, cuja situação não carecia de internamento mas sem a possibilidade de se deslocarem autonomamente. A realização de estágio nesta unidade permitiu-nos compreender a dinâmica de trabalho da equipa de enfermagem e a estratégia utilizada foi a de acompanhar cada enfermeira (6 enfermeiras no total) nas visitas domiciliárias por um período de tempo, sendo que cada uma delas tem à sua

responsabilidade sempre os mesmos doentes, dentro de determinada área geográfica.

Nos primeiros dias de estágio, a nossa intervenção baseou-se apenas na observação e pudemos constatar situações de dependência extrema, com pessoas idosas acamadas, com úlceras por pressão, requerendo cuidados exigentes por parte dos familiares, ou prestadores de cuidados, para satisfação das suas necessidades humanas básicas. Verificámos, simultaneamente, que a pessoa idosa era vista de uma forma holística e que a intervenção de enfermagem não se centrava apenas na doença da pessoa. A dinâmica de trabalho neste contexto diverge muito daquela que observámos no SUG. Esta é um equipa pequena que estabelece uma relação de maior proximidade com a pessoa idosa. Há uma maior disponibilidade e a enfermeira inteira-se dos seus receios e preocupações. Cuidar no domicílio implica que o enfermeiro dê ênfase à promoção e educação em saúde, identificando as reais necessidades dos envolvidos, permitindo a autonomia e a co-responsabilidade e criando um vínculo (Martins et al., 2007). Percebemos que o profissional tem um papel influente e é um agente importante ao nível da educação para a saúde, visto como alguém a quem podem relatar os seus sentimentos, bons ou maus, pois já têm estabelecida uma relação de respeito e confiança. Importa que as ações do enfermeiro de cuidados domiciliários assentem num processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada (Martins et al., 2007). Nesta perspetiva, compreendemos e pudemos observar que, ao dispor de tempo e espaço, a enfermeira estabelecia uma relação de qualidade e a pessoa idosa era vista como um ser de projeto e cuidado (Gomes, 2013, 2016). Para dar continuidade ao processo de Parceria estabelecido, tendo em consideração que a pessoa estava vulnerável e dependente, tivemos oportunidade de observar como era construída uma ação conjunta sempre que existia autonomia por parte da pessoa ou como o enfermeiro assegurava o cuidado do outro sempre que a pessoa não era autónoma. Nesta última alternativa o enfermeiro ajudava e capacitava a família ou prestador de cuidados para cuidar da pessoa idosa. Em contexto comunitário a família assume assim um papel de extrema importância e é também alvo de cuidados. *“Cuidar no domicílio permite à família organizar os cuidados e prestá-los em tempo oportuno e adequado às necessidades do doente, (...) uma vez que família toma parte ativa e interveniente em todo o processo de cuidar”*

(Cerqueira, 2005, p.63). No entanto, da observação efetuada pudemos constatar que esta era uma tarefa que gerava angústia e stress para o familiar e que fazia parte da intervenção do enfermeiro trabalhar em conjunto com as famílias que cuidavam das pessoas idosas dependentes, no sentido de aliviar a carga que sentiam e que muito deles verbalizavam.

A família deve ser assim aconselhada psicologicamente para ultrapassar sentimentos de culpa, frustração, raiva, tristeza e depressão que podem acompanhar a responsabilidade inerente ao cuidado de um familiar no domicílio, mesmo quando é auxiliado por profissionais de saúde (Gratão et al., 2013). Corroborando esta ideia também Figueiredo & Sousa (2008), referem que os cuidadores familiares também devem ser cuidados devido ao stress que é cuidar de uma pessoa idosa. Nesta perspetiva, no âmbito do nosso projeto, considerámos a teoria do stress do cuidador, que é vista na literatura como um dos modelos teóricos que tenta explicar a violência contra a pessoa idosa. (Burnight & Mosqueda, 2011).

Um estudo realizado com prestadores de cuidados de pessoas idosas, com o objetivo de verificar os fatores associados à negligência, concluiu que os fatores principais para a esse tipo de violência estavam relacionados com a falta de preparação para os cuidados e para o tempo que se dispendia nos mesmos (Queiroz, Lemos & Ramos, 2010). Tendo conhecimento desta situação, e após observação de alguns casos de aparente sobrecarga, optámos por aplicar, sempre que houve oportunidade, a **Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit** (ANEXO IV), adaptada e validada para a população portuguesa (Sequeira, 2007, 2010). A vantagem da sua aplicação é a de avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, incluindo informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento entre a família e pessoa idosa vulnerável e dependente (Sequeira, 2010). Além disso, é um instrumento que, apesar de 29 questões, é de resposta rápida e concluímos que seria mais fácil trabalhar diretamente com a família do que abordarmos a pessoa idosa dependente e pouco colaborante.

Esta escala foi aplicada a nove situações reais de familiares cuidadores de pessoas idosas dependentes e da sua análise final emerge a ideia de existência de sobrecarga, com três situações de sobrecarga ligeira e seis situações de sobrecarga intensa. Durante as entrevistas pudemos constatar que, de um modo transversal, o

item que mais pontuação obteve e que suscitava uma resposta mais rápida era o que estava relacionado com o que poderia acontecer no futuro ao seu familiar. Concluimos assim que, apesar da sobrecarga a que estavam sujeitos os familiares, existia preocupação com a pessoa idosa. No entanto, outro dos itens mais pontuados relacionava-se com o desejo de transferir o trabalho deles para outra pessoa, o que corroborava com a situação de sobrecarga observada e avaliada.

A aplicação desta escala foi importante para a nossa aprendizagem pois possibilitou objetivar e perceber os problemas que muitos familiares encontram no quotidiano ao cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio e que, mesmo quando não é intencional, e sendo resultado de um stress acumulado progressivamente, pode levar a casos de negligência. Em dois dos casos observámos sinais e sintomas que podiam evidenciar negligência passiva isto é, uma forma de negligência que resulta do desconhecimento do familiar quanto à ausência, ou insuficiência, dos cuidados prestados (DGS, 2014). Esses sinais e sintomas relacionavam-se com a presença de úlceras por pressão, resultado de um défice na alternância de decúbitos, e sinais de desidratação.

Analogamente ao realizado em contexto de urgência, **elaboraríamos um estudo de caso em contexto comunitário** (APÊNDICE IX). Já tínhamos previamente tentado identificar alguma situação na altura em que utilizámos a *Escala de Sobrecarga do Cuidador* mas nenhuma nos permitia abordar diretamente a pessoa idosa e era esse o nosso objetivo, de modo a conseguir um maior envolvimento e tornar coerente a recolha de dados através do processo de Parceria. Fizemos várias visitas domiciliárias à Sra. D.^a R., de 81 anos, e percebemos que, apesar da sua vulnerabilidade e dependência, ainda verbalizava desejos para a sua vida. Vivia sozinha num terceiro andar sem elevador e, embora tivesse apoio, passava a maior parte do dia sentada no sofá. As enfermeiras dos cuidados domiciliários trataram-lhe de uma ferida e atualmente a visita era apenas no âmbito da vigilância e consequência de um laço afetivo estabelecido. A assistente social continuava a acompanhar o caso uma vez que se tratava de uma pessoa idosa de risco, dependente e a residir sozinha.

Da pesquisa bibliográfica que tínhamos realizado previamente sabíamos que o isolamento e a solidão eram fatores que contribuíam para uma imagem negativa da pessoa idosa, resultado da passagem à reforma e afastamento de amigos e

familiares (alguns entretanto já falecidos) e, na esfera da violência, o isolamento social assumia-se como um factor de risco, assim como também poderia ser considerado uma forma de negligência (Santos et al., 2013). Por estas razões considerámos ser pertinente compreender melhor a situação desta senhora.

A recolha de dados foi realizada durante uma manhã no domicílio da Sra. D.^a R. e feita mediante a sua autorização, após lhe termos explicado os objetivos e termos assegurado o respeito pelos princípios éticos. Durante esse tempo, partilhou as suas preocupações, os seus problemas e também os desejos que ainda tinha. Destacámos que a disponibilidade de tempo foi maior neste contexto e que a colaboração foi crucial para que pudéssemos aprofundar a capacidade de observação, análise e realizar uma avaliação multidimensional de um modo como não tinha sido possível em contexto de urgência.

O processo pedagógico descrito estimulou-nos a capacidade de reflexão e de análise crítica das situações. Um dos fatores que fomentou esse desenvolvimento foi a realização de **orientações tutoriais** com a professora orientadora da ESEL e com as enfermeiras orientadores dos campos de estágio. Os orientadores devem, em parceria, *“orientar o trabalho do estudante ajudando a perspetivar, desenvolvendo atitudes de reflexão e avaliando resultados no contexto da experiência”* (ESEL, 2008, p.10). A disponibilidade e incentivo demonstrados durante a fase de orientação foram importantes neste percurso. Estas reuniões tiveram como objetivo discutir as opções tomadas e refletir sobre as mesmas. O exercício reflexivo revela-se essencial na aprendizagem clínica e possibilita uma panorâmica geral da situação, a identificação de ponto-chave e a importância de cada um deles (Grainger, 2010; Almonacid-Fierro, Merellano-Navarro & Moreno-Doña, 2014). Sentimos sempre, mesmo em contextos de estágio distintos, ou nos quais não estávamos habituados a trabalhar, que houve um esforço conjunto ao proporcionar oportunidades no âmbito do projeto que estávamos a desenvolver, para que os objetivos fossem alcançados.

Para além da aquisição e desenvolvimento de competências de carácter individual, pretendíamos também desenvolver competências nas equipas de enfermagem, para que estas interviessem em Parceria com a pessoa idosa, com suspeita, em risco ou vítima de violência. Deste modo foram realizadas várias

atividades, algumas em simultâneo, que nos permitiram avaliar e sensibilizar as equipas no que concerne à temática. Pretendíamos assumir assim uma posição como agentes ativos na mudança de atitudes e comportamentos dos enfermeiros.

3.2. Promover mudança nas práticas das equipas de enfermagem do SUG e da UCC na abordagem à pessoa idosa, com suspeita, em risco ou vítima de violência, nomeadamente em relação à prevenção, identificação e encaminhamento

Para o segundo objetivo geral delineámos 3 objetivos específicos relacionados com as atividades que tivemos junto das equipas de enfermagem, nos contextos referidos.

Objetivos Específicos
1. Avaliar as práticas e a sensibilidade das equipas de enfermagem do SUG e da UCC para a problemática da violência interpessoal contra a pessoa idosa.
2. Divulgar o projeto à equipa de enfermagem do SUG e à equipa de enfermagem da UCC.
3. Sensibilizar as equipas de enfermagem para intervir em caso de suspeita, risco ou confirmação de violência na pessoa idosa, fomentando um modelo de Parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si e implementar protocolo de intervenção.

Quadro 2 – Objetivos específicos 2

Uma das nossas preocupações consistia identificar e compreender **os obstáculos que os enfermeiros encontravam, na sua prática diária, ao lidar com situações de violência**. Essa perceção do problema funcionaria, no âmbito do projeto, como o **diagnóstico de situação**. Este “é um procedimento que visa recolher, tratar, analisar e dar a conhecer informação pertinente (...), permitindo que se tracem objetivos e metas a alcançar em função da informação recolhida (Santos, 2012). A recolha de dados, por sua vez, é uma colheita sistemática de informações junto de pessoas pertinentes, com ajuda de diversos métodos (observações, entrevistas, questionários, escalas), sendo que a entrevista e os questionários são os métodos mais utilizados (Fortin, 2000). Outros métodos recaem na observação direta no terreno e na análise de documentação disponível, por exemplo (Schiffer, 2000).

Numa equipa constituída por 60 elementos no SUG considerámos pertinente realizar um **questionário** (APÊNDICE X). Este é definido como uma técnica de investigação social constituída por um conjunto de questões sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, interesses, expetativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado (Gil, 2008). Segundo o mesmo autor, algumas das vantagens na sua utilização relacionam-se, por exemplo, com o facto de poder atingir um grande número de pessoas e de garantir o anonimato nas respostas. A sua elaboração implicou cuidado e rigor, incluindo o que a literatura admitia como obstáculos à deteção da violência, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a dificuldades, sentimentos e/ou crenças. Adaptámo-los e ajustámo-los à realidade da pessoa idosa, em contexto de urgência. Desse modo, contemplámos uma componente de múltipla escolha, onde os enfermeiros podiam assinalar uma ou mais respostas. Deixámos posteriormente uma questão em aberto, para permitir que descrevessem sugestões de melhoria na prática, no âmbito da atuação da violência contra a pessoa idosa. Tivemos a preocupação que fosse conciso e compreensível, de fácil e rápido preenchimento.

Após consentimento informado e após conhecimento dos objetivos do projeto, 40 elementos da equipa colaboraram na resposta ao questionário (respostas múltiplas) e os resultados foram tratados quantitativamente, para as várias categorias de análise, em frequência e percentagem, e apresentados através de gráficos. As principais conclusões apontaram para o receio que os enfermeiros têm de piorar a situação, colocando em causa a integridade da vítima, 50% dos questionados referiram o sentimento de impotência perante este tipo de situações e 75% o desconhecimento de estratégias de intervenção, por falta de formação e prática. Através destes resultados conseguimos identificar as principais dificuldades sentidas pelos profissionais.

Para a análise qualitativa dos dados, relacionado com a segunda componente do questionário (em questão aberta), foi utilizada uma metodologia de análise de conteúdo que “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2009, p.33). Tem como objetivo descrever o conteúdo emitido, seja por meio de falas ou textos (Cavalcante, Calixto & Pinheiro, 2014). Para esta questão apenas 30% da amostra colaborou, de onde emergiram 3 categorias de análise, relacionadas com a formação, com a existência de protocolo de atuação e com a

adequação dos recursos humanos. A categoria que obteve mais unidades de enumeração diz respeito à formação, sendo sobreponível com a análise quantitativa supracitada.

A análise e discussão destes dados encontram-se em APÊNDICE XI.

Aos chefes de equipa, para além de aplicarmos esse mesmo questionário, optámos por solicitar uma narrativa reflexiva relativa a uma situação de violência contra a pessoa idosa, que tivessem experienciado na sua prática clínica (APÊNDICE XII). Essa escolha compreendeu apenas esses elementos pois pretendíamos uma reflexão acerca do tema em alguém diferenciado dentro da equipa. São elementos de referência, com capacidade de liderança e tomada de decisão, envolvendo-se, juntamente com a equipa multidisciplinar, em situações sociais complexas e onde, muitas vezes, se enquadram as da violência contra a pessoa idosa. São enfermeiros peritos, com um nível elevado de adaptabilidade e de competências (Benner, 2001). Fazia sentido assim, obter o relato de uma situação, nesse âmbito, com a qual se tivessem deparado durante a prática clínica, e perceber quais as dificuldades sentidas e se estavam capacitados para identificar fatores de risco, assim como sinais e/ou indicadores de violência.

Foi-lhes pedido para descrever a situação à luz do ciclo reflexivo de Gibbs: o que aconteceu, o que pensou e sentiu, o que encontrou de bom ou mau nessa experiência, que sentido poderia encontrar na situação e se voltasse a acontecer o que faria (Jasper, 2003). Conduziria ao questionamento acerca das intervenções que tiveram junto da pessoa idosa e família, ou prestador de cuidados, promovendo uma atitude analítica da ação tomada e conferindo maior interesse e capacidade de experimentar novas abordagens no futuro (Alarcão & Roldão, 2008). Esta técnica insere-se no conceito de Enfermagem Avançada que, tal como o modelo de intervenção da Parceria que adotámos, tem como foco principal a pessoa (Silva, 2007).

O corpo das 4 narrativas obtidas, assim como a análise qualitativa e reflexão sobre o conteúdo das mesmas, encontram-se em APÊNDICE XIII, onde recorreremos também à metodologia de análise de conteúdo. Apresentamos, no quadro que se segue, os principais resultados.

Temas	Categorias	Sub-categorias
<u>Indicadores e/ou Sinais de Violência</u>	Violência Física	<ul style="list-style-type: none"> Intimidação Imposição de Regras Relatos de sub medicação
	Negligência	Perda de peso, desnutrição, desidratação
		Úlceras por pressão
		Outras lesões inexplicadas
		Atraso na procura de cuidados
		Más condições de higiene
		Incongruência entre o tipo de lesão e a explicação dada
<u>Sentimentos</u>	Ceticismo	<ul style="list-style-type: none"> Incredulidade Descrença nos cuidados
	Indignação	Revolta com familiares
		Injustiça na situação
<u>Dificuldades</u>	Modelo de Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> Modelo biomédico de cuidados Receio de se intrometer na esfera familiar
	Lidar com a situação	Dificuldades de comunicação com prestadores de cuidados
		Enfrentar a família perante a situação
<u>Intervenções</u>	Ação adotada com o familiar cuidador	<ul style="list-style-type: none"> Alertar a família para as condições de negligência Chamar a atenção para a necessidade de ajuda do familiar cuidador
	Ação que poderia ter sido adotada com o familiar cuidador	Ensino ao familiar sobre a forma de lidar com a pessoa idosa
<u>Sugestões para a prática</u>	Prática reflexiva como motor de mudança da prática	<ul style="list-style-type: none"> Repercussões negativas da experiência, após análise da situação Repercussões positivas da experiência, após análise da situação
	Mudança perante situações de violência	Evitar o confronto com os familiares
		Capacitar os familiar para cuidar, vendo-o como parceiro de cuidados
		Fazer uma boa avaliação (recolha de dados) da situação
		Articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar

Quadro 3 – Temas, Categorias e Sub-categorias identificados através da análise das narrativas dos chefes de equipa do SUG

Transversalmente, os resultados demonstraram uma consciencialização para o problema da violência contra a pessoa idosa e todos os enfermeiros já tinham vivenciado alguma situação neste âmbito. Para além das características inerentes à população e ao seu contexto de cuidados, conseguimos isolar alguns dos indicadores e sinais de violência, sendo que a natureza da mesma incidiu principalmente em formas de negligência. As situações que foram descritas e que nos orientaram para essa possibilidade relacionam-se com relatos de desnutrição e desidratação, úlceras por pressão, más condições de higiene, incongruência entre o

tipo de lesão e a explicação dada, assim como lesões sem explicação, e atraso na procura de cuidados. Encontrámos também um relato sugestivo de uma filha que não comprava a medicação ao pai porque, às vezes, ele não a queria tomar. Deparámo-nos ainda com uma narrativa onde um filho se dirigiu à própria mãe, de uma forma menos adequada, e negou-lhe a possibilidade de ir ao WC quando esta verbalizou essa vontade.

Os sentimentos que emergiram das narrativas foram os de ceticismo e indignação, enquanto que as dificuldades prenderam-se com o distanciamento de um modelo de intervenção biomédico e com a dificuldade em lidar com a situação em si. A primeira dificuldade emerge aqui, com especial pertinência, dado o contexto de cuidados onde nos inserimos. O único enfermeiro que descreveu a situação fora do campo da urgência, mas mesmo assim em situação crítica, referiu que, ao deparar-se com o caso, sentiu necessidade de intervir junto da família mas que, dada a situação, não conseguiu focar a sua atenção na pessoa mas sim nas técnicas para alívio da sintomatologia. Ao lidar com a situação os enfermeiros fizeram alusão ao receio de se intrometerem entre dois familiares, às dificuldades de comunicação com o potencial agressor e à dificuldade em enfrentar a família, numa situação em que a pessoa idosa residia em lar.

Destacamos que, das 4 narrativas, 3 referiam-se a pessoas idosas que tinham como prestadores de cuidados a família. Apenas um dos participantes, assumiu a importância de compreender a situação, referindo-se à pouca informação que existe para os prestadores de cuidados de pessoas idosas dependentes. Obtivemos apenas um relato no que concerne à sinalização e denúncia.

Contemplámos ainda as intervenções que os enfermeiros referem ter tido na altura, assim como aquelas que referem que podiam ter tido e, por último, considerámos importante incluir as sugestões para a prática, onde a prática reflexiva surge como motor de mudança.

Para avaliar a sensibilidade na equipa de enfermeiras da UCC optámos por uma metodologia diferente. Como se tratava de uma equipa pequena tentámos perceber quais as intervenções que tinham perante estas situações questionando-as diretamente. Optámos por uma técnica de entrevista informal e em grupo, que é indicada para pesquisas cuja temática seja de interesse público ou preocupação

comum (Fraser & Gondim, 2004). Aproveitámos a reunião diária pós visitas domiciliárias e perguntámos o que faziam quando se apercebiam ou suspeitavam de situações de negligência, agressões físicas ou de outras formas de violência e se era muito comum acontecer.

De um modo geral, e aí reside a diferença com aquilo que verificámos em contexto de urgência, as enfermeiras encontravam-se muito despertas para este tipo de situação e tinham uma relação mais estreita com a família. A prestação de cuidados exigia uma avaliação multidisciplinar das necessidades da pessoa e implicava a elaboração de um plano individual de intervenção no qual a assistente social participava ativamente. Relataram que encontravam diversas situações de aparente negligência, maioritariamente passiva, relacionada com o desconhecimento e que se traduzia na insuficiência de cuidados, como, por exemplo, não estarem despertos para a necessidade de alternância de decúbitos, e daí resultarem úlceras por pressão. A intervenção apostava muito na prevenção e na educação para a saúde. Deparavam-se muitas vezes com situações de sobrecarga de cuidadores (situação que tivemos a oportunidade de comprovar através de uso da *Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*) em que a solução recaía no internamento da pessoa idosa por um determinado período de tempo em unidades com as quais tinham acordo estabelecido para promoção do descanso do cuidador. A título ilustrativo, relataram uma situação de privação extrema para a qual houve contacto das entidades policiais para dar seguimento ao caso. A pessoa idosa em questão ficou internada no serviço de urgência mas terá voltado para o domicílio e falecido dias depois. Estes foram alguns exemplos de situações que partilharam e que nos permitiu concluir que existia preocupação em encontrar soluções viáveis, promovendo a segurança dos envolvidos, trabalhando em Parceria com a pessoa idosa e a família, demonstrando um cuidado centrado na pessoa e respeitando a singularidade de cada situação.

À semelhança do que aconteceu no SUG, também neste contexto estava a ser formada uma EPVA. Os elementos que a iriam integrar já estavam nomeados e encontravam-se ainda em fase de formação pela DGS. Não nos foi possível assistir a essas formações nem ter conhecimento do plano de atuação que estava a ser elaborado mas apercebemo-nos que iria existir uma articulação mais rigorosa com

os elementos da EPVA hospitalar, evitando que situações, como a última que foi descrita, se voltassem a repetir.

Preocupámo-nos, após a elaboração do diagnóstico da situação, em **divulgar o projeto às equipas de enfermagem**. Foi sendo, desde o início dos dois períodos de estágio, partilhado de um modo informal, aquilo que estávamos e nos propunhamos a fazer nesse sentido. Considero que estas conversas tiveram também algum impacto na sensibilização da equipa e no modo como começaram a encarar estas situações e a estarem alerta para as várias formas de violência.

O projeto iria ser divulgado através de uma **ação de formação** em serviço e julgámos pertinente as enfermeiras coordenadoras tomarem conhecimento prévio do que iria ser apresentado. Tanto no contexto de urgência como na comunidade o feedback foi bastante positivo uma vez que é uma temática que está na ordem do dia e com a formação das EPVA, a atenção e a intervenção neste tipo de situações iria ser cada vez maior.

No SUG foi sugerido que uma das enfermeira da EPVA e a assistente social também participassem nessa sessão e que, em relação ao conteúdo da apresentação, poderíamos acrescentar alguma informação sobre os aspetos éticos e deontológicos, nomeadamente o que dizia respeito à obrigatoriedade da denúncia por parte do profissional de saúde. Além do mais, sendo um tema pertinente, a enfermeira coordenadora do serviço decidiu que era importante nomear um enfermeiro dinamizador desta temática por equipa e que era relevante que esse elemento assistisse a esta formação.

Na UCC, a mesma apresentação, já com alterações posteriores, foi bem aceite pela chefia de enfermagem e iria ser apresentada às enfermeiras dos cuidados domiciliários, não sendo possível contar com a presença da assistente social ou com a enfermeira que integraria a EPVA.

A maior parte do conhecimento necessário ao desempenho de uma função é adquirido através da aprendizagem informal (Choi & Jacobs, 2011). No entanto, é de referir, que a aprendizagem informal poderá ser potenciada se for trabalhada em conjunto com a aprendizagem formal, e não de um modo individual e separado. Esta última representa a possibilidade e o conhecimento base necessário para o indivíduo poder trabalhar e aplicar os conhecimentos que vai adquirindo através da aprendizagem informal (Svensson, Ellström & Aberg., 2004, cit in Choi & Jacobs,

2011). Deste modo, preparámos uma breve apresentação que incidiu em aspetos relevantes para o aumento da consciencialização acerca do tema e também da importância da intervenção que o enfermeiro assume. Considerámos ser pertinente clarificar o conceito de violência e contextualizar o problema na sociedade envelhecida de hoje em dia e na realidade nacional, sendo que é considerado um problema social e de saúde pública. Abordámos questões relacionadas com o modelo teórico da Parceria para promover na pessoa idosa o cuidado de Si, em que importa respeitar, mostrar disponibilidade e estabelecer uma relação de confiança e, sempre que possível, promover a autonomia a nível a ação e decisão (Gomes, 2013, 2016). Por último, e aceitando as sugestões propostas, contemplámos as questões éticas e deontológicas relacionadas com o tema.

A ação de formação apresentada no SUG (APÊNDICE XIV) foi muito semelhante à apresentada em UCC excetuando as particularidades inerentes ao contexto em si por se tratar de um serviço com mais profissionais, cada um com a sua dinâmica, e com uma carga de trabalho mais complexa. Consideramos que justificava partilhar com a equipa o resultado dos questionários efetuados, onde cerca de 75% dos enfermeiros referiu o desconhecimento de estratégias de intervenção por falta de formação e prática.

No espaço de duas semanas apresentámos duas sessões no SUG e, por questões relacionadas com o serviço, não tivemos oportunidade de realizar mais. Na primeira sessão estiveram presentes 6 enfermeiros do serviço e a segunda contou com a participação de 7 elementos, sendo que um deles era a enfermeira da EPVA e o outro a assistente social. No entanto, a informação acerca desta sessão foi partilhada posteriormente, via e-mail, pelos enfermeiros que a solicitaram, o que também demonstra interesse pelo problema. Na UCC realizámos apenas uma sessão onde contámos com a presença das 6 enfermeiras dos cuidados domiciliários.

Nos dois contextos de estágios a reação em relação às sessões apresentadas mereceu uma crítica positiva e os enfermeiros consideraram tratar-se de um tema pertinente, admitindo que o problema da violência na pessoa idosa merecia mais consideração e valorização. Reconheceram a utilidade do tema e julgaram que os conteúdos apresentados estavam adequados aos objetivos propostos. A formação em serviço contribui para a melhoria das práticas, sobretudo

porque há um desenvolvimento da capacidade de reflexão crítica por parte dos formandos, sobre os cuidados que prestam (Dias, 2004). Neste sentido, a percepção sobre a formação resultou também da experiência individual pela qual cada um já passou e contribuiu também para fomentar a prática reflexiva. No final da sessão tivemos a oportunidade de esclarecer que um dos grandes problemas nesta área se prendia com a falta de uniformização de critérios de atuação e nessa sequência um dos nossos objetivos passava pela elaboração de um protocolo de intervenção.

Esta atividade exigiu que desenvolvessemos o auto-conhecimento relativamente ao tema e o aliássemos a competências pedagógicas no que diz respeito à transmissão de conhecimentos. Tentámos adotar um papel dinamizador no seio da equipa mostrando disponibilidade e capacidade de motivação, promovendo assim as competências relacionais ao criar um espaço de confiança e aceitação nas equipas, nos diferentes contextos de estágio.

Com o intuito de interferir positivamente numa prática futura e promover a reflexão, considerámos pertinente partilhar com a equipa do SUG a informação recolhida através do guião elaborado e que nos conduziu à realização do estudo de caso nesse contexto. Preparámos uma curta apresentação (APÊNDICE XV) que consistiu na informação acerca do referido estudo e as intervenções que o enfermeiro deveria adotar de acordo com o que estava preconizado pela DGS (2014) para as situações de violência contra a pessoa idosa. Todas estas intervenções foram enunciadas com base no modelo de intervenção de enfermagem adotado. A justificação desta atividade surgiu como uma possibilidade de refletirmos sobre um caso real e termos oportunidade de analisar o que fazíamos corretamente, aquilo que ainda não fazíamos e o que precisávamos para o fazer. Além disso, foi o modo que encontrámos de melhor transmitir o procedimento inerente à construção do processo de Parceria com a pessoa idosa, que pode ajudar a compreender situações complexas de extrema vulnerabilidade e atuar o mais precocemente possível.

De um modo informal, também na UCC partilhámos a situação da Sra. D.^a R. e o seu desejo de não estar sozinha, não se importando de ir para um lar. Falámos com a familiar e chegámos a contactar um dos lares que estaria disposta a recebê-la. Até ao final do estágio a sua situação manteve-se inalterada, continuando com apoio domiciliário e continuando com vigilância por parte da equipa da UCC.

Este momentos de formação contribuíram não só para o desenvolvimento de competências comunicacionais mas também para identificar oportunidades e estratégias de melhoria ao reconhecermos situações de risco. Permitiu-nos refletir sobre a prática profissional futura, onde importa a segurança da pessoa idosa em todas as suas dimensões.

De forma a uniformizarmos os critérios de atuação nos diferentes contextos foi nosso objetivo **implementar um protocolo de atuação**. A sua realização assume-se como uma atividade relevante no âmbito deste projeto uma vez que foi nossa intenção, desde o início, construir algo que ficasse nos serviços, que servisse de guia para as equipas de enfermagem e, ao mesmo tempo, que fosse prático e de fácil leitura. Foi elaborado sob a forma de fluxograma de intervenção multidisciplinar e reúne informação que auxilia os enfermeiros a identificar os casos de violência na pessoa idosa com base no modelo de intervenção em Parceria (APÊNDICE XVI).

Previamente à elaboração do protocolo realizámos um trabalho de pesquisa acerca do que já estava implementado em outros serviços de saúde. Deparámos-nos com um fluxograma adotado a nível de outro SU e que estava direcionado especificamente para a pessoa idosa, à semelhança daquilo que pretendíamos fazer. Apesar de já não ser recente, era muito explícito acerca dos indicadores de suspeita e risco e das intervenções que deveriam ser tidas em conta para garantir a segurança da vítima. Esta atividade permitiu, a par da pesquisa bibliográfica e do conhecimento das recentes diretrizes enunciadas pela DGS, que ficássemos com uma ideia mais estruturada daquilo que pretendíamos incluir no referido protocolo de atuação.

Considerámos ser pertinente colocar informação referente à natureza da violência de modo a fornecer uma perceção geral dos sinais e sintomas que caracterizam as suas diferentes formas. Os fatores de risco para a violência na pessoa idosa também foram contemplados e incluímos aqueles que se relacionam com a vítima, com o potencial agressor e também com o relacionamento entre ambos. Não menos importante, e que mereceu destaque no fluxograma, relaciona-se com os indicadores que, durante o atendimento, possam levar os enfermeiros a suspeitar de violência, não só a nível daquilo que podem observar fisicamente mas também relacionado com a atitude da própria vítima e/ou do acompanhante.

Assim como é preconizado pela DGS (2014), foram considerados os circuitos para as situações de suspeita, de risco e de perigo, e foi clarificado o objetivo de cada um, quais as intervenções que o enfermeiro deverá adotar e qual deverá ser o encaminhamento adequado. Neste sentido, julgámos ser importante englobar os contactos da rede de apoio para estes casos, tanto a nível interno (da instituição), como externo, nunca esquecendo a importância que os registos assumem no âmbito deste problema.

Tivemos a preocupação e fazia todo o sentido respeitar as fases do processo de Parceria em que a abordagem inicial surge como a fase em que o enfermeiro se dá a conhecer e mostra uma atitude empática, proporcionado privacidade e conforto à pessoa idosa. A partir da avaliação que se realiza, o enfermeiro identifica o tipo de situação em que a pessoa idosa se encontra, envolve-se e compromete-se com ela, estabelecendo uma relação de confiança e facilitadora da expressão de sentimentos. As intervenções do enfermeiro vão capacitar ou possibilitar que a pessoa idosa assuma o seu próprio cuidado ou permitir que a família, ou prestador de cuidado, assegure esse mesmo cuidado. No caso do SUG foi a equipa multidisciplinar a assumir o cuidado da pessoa idosa.

Foram realizados dois protocolos muito semelhantes para implementar nos dois contextos de estágio, onde apenas diverge o título e os contactos da rede de apoio e a sua apresentação ocorreu de um modo informal ao longo dos turnos e mereceu uma boa aceitação por parte das equipas. De um modo geral sentimos que os enfermeiros, tanto do SUG como da UCC, compreendiam a informação contida e quais os seus objetivos

A realização das atividades descritas contribuíram, em conjunto, para o desenvolvimento de competências em domínios distintos. Intervir em Parceria com a pessoa idosa, na tentativa constante de melhorar a prestação, assim como a elaboração de um guia orientador para uma boa prática clínica, promoveram o desenvolvimento de competências no domínio da gestão e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Intervir junto das equipas em diferentes contextos, analisar e refletir sobre as práticas, de acordo com o que é oferecido pela evidência científica, foi essencial para promover competências no domínio das aprendizagens profissionais.

3.3. Reflexão sobre as competências desenvolvidas

Neste sub-capítulo refletimos acerca das competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico cirúrgica, vertente pessoa idosa, que foram desenvolvidas ao longo da implementação do projeto, nomeadamente no que diz respeito à violência interpessoal contra a pessoa idosa.

Todo o trabalho realizado em Parceria com a pessoa idosa fomentou a aquisição de competências de enfermeira especialista nos domínios preconizados pela OE e assim promoveu o crescimento, pessoal e profissional, de acordo com aquilo que tinha delineado. Foram assim desenvolvidas competências no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** através dos cuidados prestados à pessoa idosa e sua família. Tivemos a capacidade de promover práticas com base no respeito pelos direitos humanos nomeadamente no que concerne ao direito de conhecimento pleno ou informação completa, ao direito de autodeterminação, ao direito à intimidade e o direito ao anonimato e confidencialidade. Consideramos também ter assegurado privacidade e dignidade às pessoas idosas com as quais intervimos ao longo destes meses. No âmbito da violência interpessoal, atuámos em Parceria com a pessoa idosa, com suspeita, em risco e em perigo e tentámos, junto da equipa multidisciplinar, procurar soluções viáveis para proporcionar segurança e protegê-la do contacto com o agressor, ou, em casos de sobrecarga, como tivemos oportunidade de verificar em contexto comunitário, promover o descanso do cuidador.

Também no **domínio da melhoria contínua da qualidade** tivemos oportunidade de desenvolver competências, uma vez que a implementação do projeto com o objetivo de uniformizar a atuação dos enfermeiros no âmbito do problema conduzia a uma melhoria na prática de cuidados à pessoa idosa vítima de violência interpessoal. Neste campo também foi fundamental o facto de podermos fazer algo para o serviço, definindo metas para a melhoria da qualidade dos cuidados e sermos integrados na EPVA e na elaboração de procedimentos institucionais. Consideramos este ponto muito relevante uma vez que seremos mais ativos daqui para a frente, articulando-nos cada vez melhor com os cuidados de saúde primários e com as entidades que prestam apoio e proteção à vítima.

A prestação de cuidados à pessoa idosa e família contribuíram para o desenvolvimento de competências no **domínio da gestão de cuidados**. Adotar um modelo de intervenção em Parceria foi uma mais valia e proporcionou o desenvolvimento de competências para a ação e decisão nos cuidados, contribuindo para a formação pessoal, no sentido da melhoria da prática, fundamentada na evidência científica. Tentámos conhecer a pessoa idosa nas suas várias dimensões e nos seus vários contextos de vida, conhecendo a sua história, demonstrando disponibilidade, respeitando o seu tempo e proporcionando-lhe espaço, para o estabelecimento de uma relação de confiança. Também as equipas de enfermagem foram sensibilizadas para desenvolver o seu conhecimento sobre o modelo de Parceria e construir uma relação baseada na mesma.

Também no **domínio das aprendizagens profissionais** desenvolvemos competências. Todo o processo de pesquisa bibliográfica que se iniciou desde a fase de projeto, passando pela participação em seminário, realização de RSL, orientações tutoriais e dinamização de momentos formativos conduziram à promoção de competências de enfermeira especialista neste domínio ao proporcionar aquisição de novo conhecimento e assim facilitar uma eficaz atuação perante as situações. Percebemos como este se assumia como um fenómeno global em que a intervenção do enfermeiro pode ser fulcral dada a sua posição privilegiada.

Ao intervir em Parceria junto da pessoa idosa **conseguimos desenvolver competências a nível da relação e da comunicação** e atuámos como agentes de mudança ao fomentar a consciencialização dos enfermeiros, nos dois contextos de estágio, em relação ao problema da violência e também em relação à importância que cada vez mais a pessoa idosa exige e merece. As intervenções realizadas durante os períodos de estágio conduziram a momentos de reflexão e de questionamento das práticas. Nesta perspetiva promovemos também a prática reflexiva junto das equipas de enfermagem o que possibilitou a análise de momentos vividos com o desejo de melhoria no futuro.

Simultaneamente foram desenvolvidas competências **de mestre nomeadamente no que diz respeito à resolução de problemas, aprendizagem autónoma e divulgação de conhecimentos**. Desenvolvemos, neste sentido, a capacidade de usar modelos de intervenção em enfermagem direcionados para a pessoa idosa com capacidade de avaliação da mesma, contribuindo para promover

o aumento da qualidade dos cuidados prestados. Adquirimos conhecimentos científicos, técnicos e éticos na área da violência interpessoal, suportamos a prática clínica na investigação e conhecimento, e assumimos atualmente uma posição de liderança e de peritas dentro desta temática, no seio da equipa multidisciplinar. Por fim, com a parceria estabelecida com a EPVA, continuaremos a dar continuidade ao projeto no SUG e a melhorar a articulação com a comunidade, como já referimos. De acordo com os descritores de Dublin, conseguimos mobilizar conhecimentos e aplicá-los na prática, assim como desenvolvemos a capacidade de formular juízos sobre a realidade da violência contra a pessoa idosa, refletindo sobre as suas implicações e responsabilidades éticas e sociais. As competências de comunicação foram desenvolvidas na relação com a pessoa idosa e família e com a partilha de resultados aos pares, assim como as de auto-aprendizagem, no que concerne à orientação e autonomia para a aquisição de novo conhecimento ao longo da vida.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

Sendo a enfermagem “*uma profissão de gente que cuida da gente que, para além de exigir conhecimentos, capacidades, atitudes, competências e atualização, exige capacidade de adaptação a uma sociedade em constante evolução*” (Dias, 2004, p.28). Foi nessa sociedade em evolução, onde se assiste a um envelhecimento demográfico marcado, que encontramos, na temática da violência contra a pessoa idosa, um desafio que merecia a nossa atenção e dedicação, pelas consequências negativas que pode representar para a pessoa idosa. Foi, desde o início, um tema que nos cativou devido à experiência profissional que detínhamos de que este era um problema muitas vezes sub-valorizado e onde o enfermeiro poderia ter muito a fazer, encontrando-se na linha da frente face à problemática e em diferentes contextos de atuação.

Desenvolver o projeto em contexto de SU tornou o desafio mais ambicioso mas ao mesmo tempo mais aliciante e termos a oportunidade de conhecer a dinâmica de intervenção comunitária contribuiu para o conhecimento de uma realidade que nos era alheia, relacionada com o contexto de vida da pessoa idosa e sua família. Este projeto surgiu assim como uma oportunidade de desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre, intervindo em Parceria com a pessoa idosa vulnerável para promover que a mesma assumisse o cuidado de Si dentro daquilo que fazia mais sentido no seu projeto de vida (Gomes, 2013, 2016). A adoção deste modelo de intervenção centrado na pessoa, e afastado do modelo biomédico, assentou num conceito de *Enfermagem Avançada* para uma prática de excelência, através de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa. Dotámo-nos assim de instrumentos como a prática reflexiva, o pensamento crítico e o julgamento clínico, de forma a orientar-nos nas tomadas de decisão. Trabalhámos com a equipa multidisciplinar na procura das melhores soluções para esta população e as situações que experienciámos contribuíram para uma mudança de atitude e comportamento face a uma realidade cada vez mais presente nos dias de hoje, e na qual o enfermeiro especialista deve ter capacidade de atuar, prestando cuidados humanizados e individualizados. Deste modo, a complexidade no atendimento à pessoa idosa exige que o enfermeiro especialista seja capaz de compreender a

globalidade dos problemas inerentes à sua condição ao mesmo tempo que a olha de uma forma holística.

“Quando as peritas podem descrever situações clínicas onde sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis” (Benner, 2001, p.61). Neste sentido, poder partilhar o conhecimento que adquirimos e desenvolvemos e deixar algum contributo nos serviços foi bastante gratificante. O feedback no SU, onde realizámos a maior parte do estágio, foi muito positivo (ANEXO V) e, apesar de se tratar de um serviço com uma carga de trabalho elevada, os enfermeiros são incansáveis quando se trata de cuidar do outro. Poder gerar mudança num contexto tão exigente, numa problemática tão sensível, promoveu a nossa motivação para continuar a melhorar e a focarmo-nos em objetivos relacionados com o cuidado à pessoa idosa, proporcionado a sua segurança, protegendo-a e promovendo a sua dignidade.

Nos contextos de estágio pelos quais passámos o recurso a instrumentos de avaliação geriátrica ainda não assume a devida importância e sabemos que muito ainda poderá ser feito nesse sentido. Com a transição demográfica, consideramos que, cada vez mais, os enfermeiros passarão a compreender as suas vantagens, principalmente pelo modo como os auxilia no planeamento das suas intervenções. Os estudos de casos que realizámos traduziram a relevância que a avaliação multidimensional assume na prestação de cuidados à população idosa, vulnerável e dependente e da necessidade de ajustá-los aos contextos da prática. A sua partilha com as equipas promoveu a consciência da importância crescente dessa avaliação e da criação de equipas e unidades especializadas para intervir numa população com problemas tão complexos e multifacetados.

O aspeto facilitador à implementação deste projeto relaciona-se com a receptividade e aceitação das equipas de enfermagem, com quem conseguimos estabelecer uma relação de confiança. As dificuldades prenderam-se principalmente, como já referimos, com a sobrecarga de trabalho existente no SUG e pelo curto espaço de tempo de estágio em UCC que, embora conseguíssemos realizar algumas atividades essenciais, não foi suficiente para a discussão mais pormenorizada de determinadas situações.

De um modo geral, a realização deste projeto, assumiu-se como uma oportunidade de desenvolver as nossas competências de especialista e mestre e, nesse âmbito, consideramos que os objetivos traçados inicialmente foram alcançados. A investigação pessoal nesta área deverá continuar, em Parceria com a pessoa idosa e sua família, ou prestadores de cuidados, para promover a obtenção de ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboim, S. (2014). Narrativas do envelhecimento. Ser velho na sociedade contemporânea. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, 26(1), 207-232. Acedido a 12-01-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v26n1/13.pdf>
- Alarcão, I. & Roldão, M. C., (2008). *Supervisão: Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Mangualde: Edições Pedagogo.
- Alford, D. M. (2006). Legal Issues in Gerontological Nursing: Abuse and Neglect of Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(1), 10-12.
- Almonacid-Fierro, A., Merellano-Navarro, E. & Moreno-Doña, A. (2014). Characterization of Pedagogical Knowledge: A Study of Novice Teachers. *Revista Electrónica Educare*, 18(3), 173- 190.
DOI:[10.15359/ree.18-3.10](https://doi.org/10.15359/ree.18-3.10)
- Amaro, F. (2015). Envelhecer no mundo contemporâneo: oportunidades e incertezas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 12(3), 201-211.
- APAV (2015). Estatísticas APAV: Relatório Anual 2015. Disponível em: [http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas APAV Relatorio Anual 2015.pdf](http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2015.pdf)
- Azeredo, Z. (2014). O idoso no serviço de urgência hospitalar. *Journal of Aging & Innovation*, 2(4), 20-26. Acedido a 14-11-2016. Disponível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/Idosos-urgencia.pdf>
- Baker. A. (1975). *Grammy bettering*. Modern Geriatrics.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Baumbusch, J. & Shaw, M. (2011). Geriatric Emergency Nurses: Addressing the needs of an Aging Population. *Journal of Emergency Nursing*, 37(4), 321-327.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2010.04.013>
- Bendix, J. (2009). Exploiting the elderly. *RN*, 72(3), 42-44.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

- Burnight, K. & Mosqueda, L. (2011) *Theoretical Model Development in Elder Mistreatment*. Califórnia: University of Califórnia, Irvine, School of Medicine, Program in Geriatrics. Acedido a 07-02-2016. Disponível em: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/234488.pdf>
- Carvalho, G. (2012). Maus-tratos a pessoas idosas dependentes de assistência domiciliária e institucionalizada. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1(2) 83-89. Acedido a 14-01-2016. Disponível em: http://sinaisvitalis.pt/formasau/documents/RIE_1S2/rie_1_serie2_w.pdf
- Cavalcante, R. B., Calixto, P. & Pinheiro, M. M. K. (2014). ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, 242(1), 13-18. Acedido a 12-01-2017. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000/10871>
- Cerqueira, M. M. (2005). *O Cuidador e o Doente Paliativo*. Coimbra: Edições Formassau.
- Choi, W., & Jacobs, R. L. (2011). Influences of formal learning, personal learning orientation, and supportive learning environment on informal learning. *Human Resource Development Quarterly*, 22(3), 239-255.
DOI: 10.1002/hrdq.20078
- Christiansen, B. (2010). Why do nurses utilize textual knowledge sources at work? *Nordic Journal of Nursing Research*, 98(30), 4-8. Acedido a 12-12-2016. Disponível em: <https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/604/2/523505.pdf>
- Coler, M. A, Lopes, M. & Moreira, A. (2008). Os profissionais de saúde frente a violência no idoso. *Mudanças – psicologia da Saúde*, 16 (2), 116-122.
- Constituição da República Portuguesa (2005). Acedido a 03.07.2015. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Correia, F. (2012). *Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Faculdade de Economia Universidade de Coimbra. Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular de Fontes de Informação Sociológica. Coimbra. Acedido a 12-11-2016. Disponível em <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2012016.pdf>

- Costa, I., Pimenta, A., Brigas, D., Santos, L. & Almeida, S. (2009). Maus tratos nos idosos: abordagem nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 537-542. Acedido a 06-01-2015. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10667&path%5B%5D=10403>
- Crouch, R. (2012). The older person in the emergency department: Seeing beyond the frailty. *International Emergency Nursing*, 20(4), 191-192. DOI: [10.1016/j.ienj.2012.09.001](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.09.001)
- Davison, S. (2007). Elder abuse. Campaign seeks to raise awareness and improve action. *British Journal of Community Nursing*, 12(2), p .71-73.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março (2006). Estabelece normas para obtenção do grau de Mestre. Diário da República I Série A, N.º 60, 2246-2248.
- Désy, P.M. & Prohaska, T. R. (2008). The geriatric emergency nursing education (GENE) course: an evaluation. *Journal of Emergency Nursing*, 34(5), 396-402. DOI: [10.1016/j.jen.2007.08.023](https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.08.023).
- DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa n.º: 13/2004 de 02 julho 2004. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido: 10-06-2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- DGS (2014). Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa, DGS.
- Dias, J. M. (2004). Formadores: Que Desempenho? Loures: Lusociência.
- Duffin, C. (2007). Turning a blind eye. *Nursing Older People*, 19(7), 6-7.
- Ellis, M., Marshall, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department . *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033–2043. DOI: [10.2147/CIA.S29662](https://doi.org/10.2147/CIA.S29662)
- Erlingsson, C., Ono, M., Sasaki, A. & Saveman, B. I. (2012). An international collaborative study comparing Swedish and Japanese nurses' reactions to elder abuse. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 56–68. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2011.05712.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05712.x)
- ESEL (2008). *Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Lisboa: ESEL.
- ESEL (2013). Regulamento de Mestrados. Lisboa: ESEL.

- Falcão, H. & Ali-Can, J. (2012). The Elderly Abuse within the Family Context. *Journal of Aging and Innovation*. Acedido a 12-01-2016. Disponível em : <http://journalofagingandinnovation.org/tag/elderly-abuse/>
- Fernandes, M. (2013). Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência.
- Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26,1, pp. 15-24. Acedido a 26-01-2016. Disponível em: https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-1-2008/02_1-2008.pdf
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*. Acedido a 13-01-2017. Disponível em: <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Fortin, M-F. (2000). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fraser, M. T. D. & Gondim, S. M. G. (2004) Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14(28), 139-152. Acedido a 12-01-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>
- Galdeano, L.E., Rossi, L.A. & Zago, M. M.F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Gambert, S. R. (2009). Comprehensive Geriatric Assessment: A Multidimensional Process Designed to Assess an Elderly Person's Functional Ability, Physical Health, Cognitive and Mental Health, and Socio-Environmental Situation. *American Society of Nephrology*, 1-4. Acedido a 12-11-2016. Disponível em: <https://www.asn-online.org/education/distancelearning/curricula/geriatrics/Chapter26.pdf>

- Gaymu, J., Festy, P., Poulain, M. & Beets, G. (2008), Future Elderly Living Conditions in Europe, In Santos, A. J., Fernandes, A. A. & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6ª ed.) São Paulo: Editora Atlas.
- Gil, A. P. & Fernandes, A. A. (2011). “No trilho da negligência...” configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas. *Forum Sociológico*, 21, 111-120. Acedido a 28-04-2015. Disponível em: <http://sociologico.revues.org/471>
- Gil, A. P., Santos, A. J., Kislaya, I. & Nicolau, R. (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Ricardo Jorge, IP.
- Glasgow, K. & Fanslow, J. L. (2007). Family Violence Intervention Guidelines: elder abuse and neglect. Wellington, Ministry of Health. Acedido a 12-01-2017. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/family-violence-guideliens-elder-abuse-neglect.pdf>
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Novas Edições Académicas.
- Grainger, A. (2010). What if...? Reflective practice. *British Journal of Healthcare Assistants*, 4(5), 226-228.
DOI: [10.12968/bjha.2010.4.5.47971](https://doi.org/10.12968/bjha.2010.4.5.47971)

- Gratão, A. C. M., Talmelli, L. F. S, Figueiredo, L. C. Rosset, I., Freitas, C. P. & Rodrigues, R. A. P. (2013). Dependência Funcional de idosos e sobrecarga do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 47(19). 134-141. Acedido a 26-01-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a17v47n1.pdf>
- Hardin, E. & Khan-Hudson, A. (2005). Elder Abuse – “Society’s Dilemma”. *Journal of the National Medical Association*, 97(1), 91-94.
- INE (2016). *Estatísticas demográficas 2015* . Acedido a 07-12-2016. Disponível em: <https://www.ine.pt>
- Jasper, M. (2003). *Begining Reflective Practice*. United Kingdom: British Library;
- Júnior, A. F. & Júnior, N. F. (2011). A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência*, 7(7), 237-250. Acedido a 14-01-2017. Disponível em: <http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/200/186>
- Karl, P. (2008). *As raízes da violência. Reflexão de um neurobiologista*. Instituto Piaget. Edições Odile Jacob
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health. Chapter 5 – Abuse of the elderly*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 08-12-2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
- Lima, M. L. C., Souza, E. R., Acioli, R. M. L. & Bezerra, E. D. (2010). Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. *Ciências & Saúde Colectiva*, 15(6), 2677-2686. Acedido a 14-11-2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63017464007/>
- Lima, O. B. A., Lopes, M. E. L., Oliveira, A. M. M., Carvalho, G. D. A. & Melo, V. C. (2014). Conduta de Enfermeiros no Cuidar do Idoso Hospitalizado. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 8(4), 814-819.
DOI: 10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201403
- Loh, D. A. et al (2015). A cluster randomized trial on improving nurses’ detection and management of elder abuse and neglect (I-NEED): study protocol. *Journal Of Advanced Nursing*, 71(11), 2661-2672.
DOI: 10.1111/jan.12699.

- Lopes, A. & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação... *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Número temático, 13-31. Acedido a 15-12-2016. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10579.pdf>
- Lopes, M. E. P. S. (2012). A velhice no século XXI: a vida feliz e ainda ativa na melhor idade. *Maringá*, 34(1), 27-30.
DOI: 10.4025/actascihumansoc.v34i1.16197
- Manthorpe, S. , Biggs, S., McCreddie, C., Tinker, A., O'Keefe, M., Constantine, R. ... Erens, B. (2007). The UK national study of abuse and neglect among older people. *Nursing Older People*, 19(8), 24-26.
DOI: [10.7748/nop2007.10.19.8.24.c6268](https://doi.org/10.7748/nop2007.10.19.8.24.c6268)
- Marques, T., Ribeiro, D., Maia, C. & Santos, H. (2016). Nascer é envelhecer: uma perspetiva demográfica evolutiva e territorial na construção do futuro de Portugal. *Revista de Geografia e Ordenamento do Território*, 10, 207-231.
DOI: 10.17127/got/2016.10.010
- Martins, J. J., Albuquerque, G. L., Nascimento, E. R. P., Barra, D. C. C., Souza, W. G. A. & Pacheco, W. N. S. (2007). Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(2), 254-261. Acedido a 14-10-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>
- McGarry, J., Simpson, C. (2009). Raising awareness of elder abuse in the community practice setting. *British Journal of Community Nursing*, 14(7), 305-308.
DOI: [10.12968/bjcn.2009.14.7.43079](https://doi.org/10.12968/bjcn.2009.14.7.43079)
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (5ª ed.), Philadelphia: Lippincott;
- Minayo, M. (2005). *Violência contra os idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Momtaz, Y.A., Hamid, T.A., & Ibrahim, R. (2013). Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics*, 13(3), 182-188.
DOI: 10.1111/psyg.12009
- Muehlbauer, M. & Crane. P. A. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 44(11), 43-48.

- Nóbrega, M. M. L. & Barros, A. L. B. L. (2001). Modelos Assistenciais para a prática de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 54(1), 74-80.
DOI: [10.1590/S0034-71672001000100009](https://doi.org/10.1590/S0034-71672001000100009)
- Nolan, M. R. (2009). Older Patients in the Emergency Department: What are the Risks?. *Journal of Gerontological Nursing*, 35 (12), 14-18.
DOI: 10.3928/00989134-20091103-01
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Estefanilha: Departamento de Enfermagem ESS|IPS Campus do IPS.
- O'Connor, T. (2016). Nurses' role in protecting vulnerable people. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 22(11), p.17.
- OE (2009). *Código Deontológico*. Acedido a 07-03-2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- OE (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido a 07-10-2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- OE (2011). Regulamento no 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. DR, II Série, no35 (18-2-2011) 8648-8653.
- OMS (2002), *Missing Voices. Views of Older Persons on Elder Abuse*, Genebra: WHO. Acedido a 22-05-2015. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/
- OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido a 13-jan-2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- OMS (2015). Relatório Mundial de envelhecimento e saúde. Acedido a 12-11-2016. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

- Pavarini, S. C. I., Menciondo, M. S. Z., Barham, E. J., Varoto, V. A. G. , Filizola, C. L. A. (2005). A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 398-402. Acedido a 15-12-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a11>
- Perel-Levin, S. (2008). Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care level, Genebra: World Health Organization Press. Acedido a 22-06-2015. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf
- Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478.
DOI: [10.12968/bjcn.2010.15.10.78727](https://doi.org/10.12968/bjcn.2010.15.10.78727)
- Phelan, A. (2012). Elder abuse in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 20(4), 214–220 .
DOI: [10.1016/j.ienj.2012.03.009](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.03.009)
- Queiroz, Z. P. V., Lemos, N. F. D. & Ramos, L. R. (2010). Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2815-2824.
DOI: [10.1590/S1413-81232010000600019](https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600019)
- Robinson, S. & Mercer, S. (2007). Older adult care in the emergency department: identifying strategies that foster best practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 40-7.
- Roepke-Buehler, S. K. & Dong, X. (2015). Perceived Stress and Elder Abuse: A Population-Based Study of Adult Protective Services Cases in Chicago. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(9), 1820-1828.
DOI: [10.1111/jgs.13613](https://doi.org/10.1111/jgs.13613)
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J. & Tolson, D. (2006) Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 46-57.
DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.03882.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03882.x)

- Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Giorgi, R., Tommaso, G. & Dessì-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solution. *Internal and Emergency Medicine*, 2(4), 292-301.
DOI: [10.1007/s11739-007-0081-3](https://doi.org/10.1007/s11739-007-0081-3)
- Sanders, K. (2006). Developing practice for healthy ageing. *Nursing older people*, 18(3), 18-25.
DOI: [10.7748/nop2006.04.18.3.18.c2417](https://doi.org/10.7748/nop2006.04.18.3.18.c2417)
- Santos, S. S. C. (2006). O ensino de enfermagem gerontogeriatrica e a complexidade. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 40(2), 228-235. Acedido a 24-11-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/10.pdf>
- Santos, M. O. G. (2012). *Texto de Apoio sobre o Diagnóstico em Processos de Intervenção Social e Desenvolvimento Local*. Évora: Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”, da Universidade de Évora.
- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A. & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas. Uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77.
DOI:10.7458/SPP2013722618
- Schiefer, U. (2000). *MAPA - Método Aplicado de Planeamento e Avaliação - Manual de Planeamento de Projectos*. Mem Martins: Editorial do Ministério da Educação.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 12 (2), 9-16.
- Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo, ... & Karki, F. U. (2011). European Report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido a 04-06-2015. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf
- Shanley, C., Sutherland, S., Tumeth, R., Stott, K. & Whitmore, E. (2009). Caring for the older person in the emergency department: The ASET program and the role of the ASET clinical nurse consultant in South Western Sydney, Austrália. *Journal of Emergency Nursing*, 35(2), 129-133.
DOI: 10.1016/j.jen.2008.05.005

- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Svensson, L., Ellström, P-E. & Åberg, C. (2004). Integrating formal and informal learning at work. In Choi, W., & Jacobs, R. L. (2011). Influences of formal learning, personal learning orientation, and supportive learning environment on informal learning. *Human Resource Development Quarterly*, 22(3), 239-255.
- Tavares, J. P. A. (2012). Identificação das pessoas idosas de risco no serviço de urgência: que realidade? *Journal of Aging and Innovation*, 1(4),14-25. Acedido a 14-11-2016. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/volume-1-numero-4-2012/identificacao-pessoas-idosas/>
- Winterstein, T. B. (2012). Nurses' experiences of the encounter with elder neglect. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), p. 55-62.
DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01438.x
- Yeaworth, R.C. (2007). Elder abuse and neglect. *Nebraska Nurse*, 40(1), p.16-20.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização para a implementação do projeto

APRECIÇÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	Enfermagem "Avaliação da Violência Interpessoal contra Pessoa Idosa no Contexto de Serviço de Urgência Geral – A parceria com a intervenção de Enfermagem na promoção do cuidado de 65"	autorizado
AUTOR (ES)	Carla Marina Alves Leocádio/ carlaleocadio@gmail.com /	
ENTIDADE ACADÉMICA	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (vertente pessoa idosa)	
ORIENTADORES	Professora Idalina Gomes/ Enfermeira	
SERVIÇO	Serviço de Urgência Geral	
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação	
RESUMO	Projeto no âmbito da avaliação da violência interpessoal contra a pessoa idosa. O objetivo prende-se com a elaboração de um protocolo de atuação para identificar situações de risco e intervir preventivamente. A autora pretende aplicar um questionário aos enfermeiros por forma a avaliar a sensibilização para a temática. Pretende ainda aplicar vários instrumentos de avaliação multidimensional do idoso (Mini-mental Status Examination; Escala de Lawton e Brody; Mini-Nutricional Assessement; Índice de Barthel; Escala de Braden) aos utentes que recorrem ao serviço de urgência com mais de 65 anos de idade. Refere ainda que poderá recorrer ao programa Alert para consultar dados relativos à funcionalidade, ambiente socioeconómico e possível sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit).	
OBSERVAÇÕES	A autora responsabiliza-se a garantir o cumprimento de todos os procedimentos éticos, inerentes à realização do projeto, nomeadamente no respeito pela confidencialidade e anonimato. Os instrumentos de colheitas de dados bem como os dados de consulta no programa Alert garantem o anonimato dos intervenientes, (enfermeiros e utentes).	
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por: - Enf.ª [redacted], Enf. Chefe do Serviço de Urgência Geral; - Dr.ª [redacted], Diretora do Serviço de Urgência Geral.	
Reunida e analisada a documentação entende-se não existirem razões que impeçam o desenvolvimento do projeto proposto, pelo que se sugere o seu deferimento.		
SGF – Área de Enfermagem		

[redacted]

ANEXO II

Participação em Seminário

SEMINÁRIO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DE GÉNERO: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Carla Marina Alves Leocádio, esteve presente no seminário subordinado ao tema: A violência doméstica e de Género: Uma abordagem multidisciplinar, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 28 maio de 2015.

A Presidente da ESEL



(Maria Filomena Gaspar)

ANEXO III

Formulário de Registro Clínico de Violência

FORMULÁRIO DE REGISTO CLÍNICO DE VIOLÊNCIA > ADULTOS

Nº utente:

Nº proc. EPVA:

USF/UCSP do/a Utente:

Nome do/a Médico/a de Família:

ÍNDICE:



IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO(S) PRESTADOR(ES) DE INFORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO/A SUSPEITO/A



AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO VIOLÊNCIA

DESCRIÇÃO DOS FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

EXAME FÍSICO

ESTADO EMOCIONAL ATUAL

AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO



HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO



INTERVENÇÕES ANTERIORES

PLANO DE INTERVENÇÃO



SINALIZAÇÃO INTERNA

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Identificação: N.º Validade

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Tel.: E-mail

Vulnerabilidade particular: ☐ Grávida ☐ Pessoa idosa ☐ Dependente (física/mentalmente) ☐ Dependente economicamente do/a suspeito/a ☐ Crianças/dependentes expostas direta ou indiretamente à violência ☐ Migrante ☐ Outro (especificar)

NOTA: Em caso de não entendimento da língua portuguesa, solicitar apoio ao [CNAI](http://www.acidi.gov.pt/) (www.acidi.gov.pt/)



Assegurar que os contactos fornecidos pela vítima não são controlados pelo/a(s) agressor/a(s).

Composição do agregado familiar:

Relação de parentesco	Nome dos dependentes	Idade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Genograma:

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

NOTA: Mais do que dois/duas prestadores/as de informação, preencher em Notas

NOTA: Para mais prestador/a(s) de informação, preencher novos campos no final do documento (pág. 18)

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D. Nascimento: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

NOTA: Para mais suspeito/a(s), preencher novos campos no final do documento (pág. 19)

Situações específicas:

☐ Abuso/Dependência de substâncias ☐ Álcool
☐ Drogas
☐ Outras substâncias (especificar)

☐ Comportamentos delinquentes

☐ Práticas abusivas prévias ☐ a Familiares
☐ a Desconhecidos

☐ Patologia psiquiátrica

☐ ITS's

☐ Outras (especificar)

Relação com a vítima: (especificar)

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Tipologia/natureza:

Data início:

Intensidade (na percepção da vítima):

- | | | |
|---|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Psicológica | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Sexual | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |
| <small>NOTA: Sexual: Não esquecer de preencher "Tipo de Práticas" na Pág. 16.</small> | | |
| <input type="checkbox"/> Negligência/privação | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Autodirigida | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Outra | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Sem gravidade <input type="radio"/> Pouco grave <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Muito grave |

Ex: Económica

Situações específicas:

- ☐ Violência Doméstica — ☐ Relações de intimidade ☐ Relações familiares ☐ Violência vicariante
- ☐ Violência de Género
- ☐ Tráfico de Seres Humanos
- ☐ Institucional ☐ Laboral
- ☐ Bullying ☐ Cyberbullying
- ☐ Stalking ☐ Grooming
- ☐ Mutilação Genital Feminina ☐ Clitoridectomia ☐ Excisão ☐ Infibulação ☐ Outras

NOTA: Especificar subtipo, quando aplicável.

Ex: Xenofobia, Deficiência

☐ Violência Discriminatória (especificar)

Exemplo: Etnia, identidade de género, orientação sexual

Frequência: Descrever relativamente à situação mais frequente ou grave.

☐ Única ☐ Episódica ☐ Continuada (especificar local mais frequente)

Recurso a agentes (especificar):

- ☐ Mecânicos ☐ Contundentes ☐ Cortantes ☐ Perfurantes
- ☐ Fogo e explosivos
- ☐ Físicos ☐ Térmicos - calor e frio ☐ Elétricos ☐ Radiações
- ☐ Químicos ☐ Substâncias cáusticas e corrosivas ☐ Tóxicas
- ☐ Tecnológicos ☐ Filme ☐ Fotografia ☐ Outro

FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

Nota: (descrição genérica da violência, incluindo mecanismo; tipo; circunstâncias do evento traumático; sintomatologia e lesões, ciclo da violência, de acordo com informação prestada pela vítima).

Dia Hora Local

Descrição dos Factos:

ANTECEDENTES PESSOAIS

(Com base na informação da vítima ou do/a seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

- ☐ **Patologia psiquiátrica** (especificar)
- ☐ **Abuso/Dependência de substâncias** [☐ Álcool
☐ Drogas
☐ Psicofármacos
☐ Outras (especificar)
- ☐ **Historial de violência prévia** [☐ Infância — [☐ Vítima
☐ Idade adulta — [☐ Perpetrador/a
☐ Vítima
☐ Perpetrador/a
- ☐ **Outras consequências da vitimação** (médicas, sono, alimentação, etc.)

ANTECEDENTES FAMILIARES

(Com base na informação da vítima ou do/a seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

- ☐ **Patologia psiquiátrica** (especificar)
- ☐ **Abuso/Dependência de substâncias** [☐ Álcool
☐ Drogas
☐ Psicofármacos
☐ Outras (especificar)
- ☐ **Historial de violência prévia em familiares** (infância e/ou idade adulta)
- ☐ **Violência intrafamiliar** (tipo, data de início, frequência, gravidade, duração, consequências, envolvimento de cada membro da família e medidas tomadas)

EXAME FÍSICO > ESTADO GERAL

Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.
Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

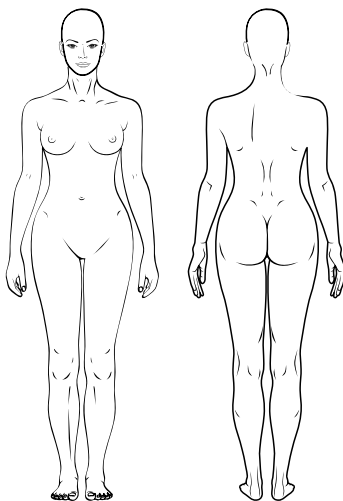
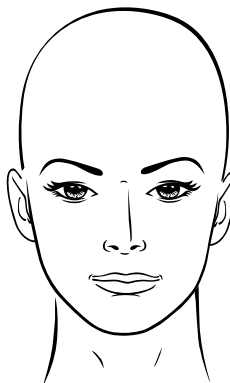
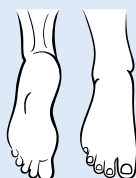
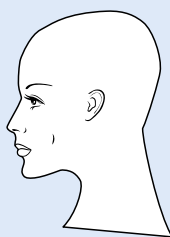
Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (réguas/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o n.º do contacto, sem indicar nome/n.º de utente.

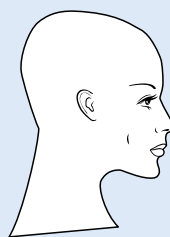


Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido do/a utente, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



EXAME FÍSICO > ESTADO GERAL

Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.
Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

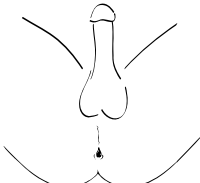
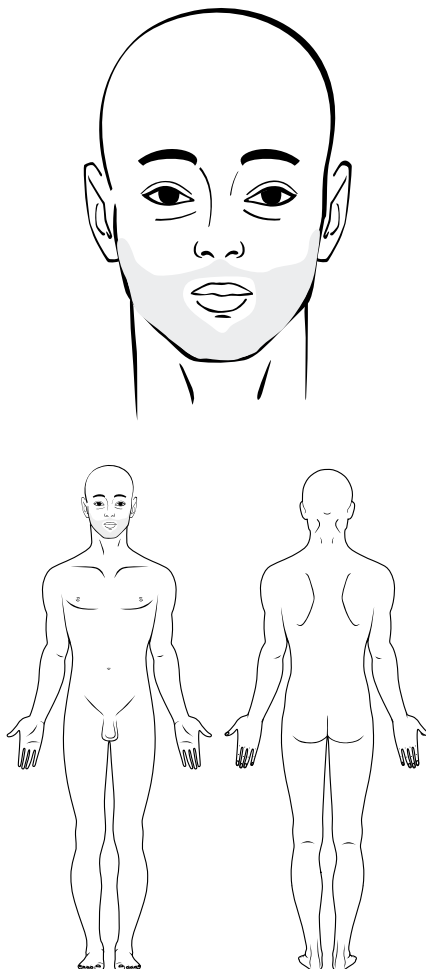
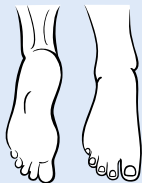
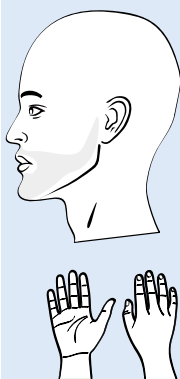
Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (réguas/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o n.º do contacto, sem indicar nome/n.º de utente.

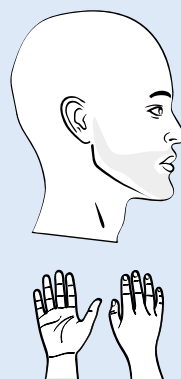


Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido do/a utente, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



Descrição das lesões



Fazer referência a eventuais alterações encontradas resultantes de um estado anterior (cicatrizes, tatuagens, marcas de nascença).

Forma/bordos/cor/dimensão/estruturascircundantes/direção-orientação/conteúdo/gravidade/mecanismo/tempo aproximado desde a sua produção/ adequação ao relato – mecanismo e data.

Nº	Localização	Tipo de lesão	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de lesão: avulsão dentária; luxação/fratura dentária; edema; ferida incisa/contusa; mordedura; equimose; fratura; escoriação; hematoma; queimadura; abrasão; corte; alopecia; lesão – ocular, otológica, genital; dor à palpação; cicatriz; etc.

Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (régua/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o nº do contacto, sem indicar nome/nº de utente.

☐ Registo fotográfico de lesões

- ☐ Colheitas
- ☐ Vestígios
- ☐ Peças de vestuário ou outras

☐ Amostras biológicas

☐ Presença de pessoa de confiança da vítima durante o exame

ESTADO EMOCIONAL ATUAL

Descrição geral

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade/Medo | <input type="checkbox"/> Labilidade | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Desorientação |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Apatia | <input type="checkbox"/> Confusão mental | <input type="checkbox"/> Ideação suicida |

AValiação DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

- 1

☐ Ausência de consciência da situação de violência ou negação da mesma.
- 2

☐ Inicia tomada de consciência da situação de violência em que vive, contudo não sente que esta possa mudar ou que possa intervir para a mudança.
- 3

☐ Começa a pensar que não pode continuar a viver na situação presente, mas não sabe como mudar. Analisa prós e contras para a mudança que, contudo, não planeia realizar.
- 4

☐ Iniciou algumas mudanças e planeia a rutura da situação, embora tenha sentimentos ambivalentes entre autoconfiança e insegurança ou medo de enfrentar o futuro.
- 5

☐ O percurso de saída da situação de violência não é linear, pelo que pode haver momentos de abandono e retrocessos até conseguir consolidar e manter a sua autodeterminação.
- 6

☐ Consolidado o processo de mudança, planeia novos projetos de vida.

AValiação DOS INDICADORES DE RISCO

1

☐ Presença de indicadores de **RISCO**, avaliado em conjunto com a vítima:

- ☐ Ameaça ou uso de armas
- ☐ Ameaças ou tentativa de homicídio à vítima ou figuras significativas
- ☐ Ameaças ou tentativa de suicídio por parte da vítima
- ☐ Maus tratos e crianças e jovens ou outros elementos da família
- ☐ Lesões graves em incidentes anteriores
- ☐ Ameaça ou abandono da relação por parte da vítima (conflitos, separação/divórcio)
- ☐ Ameaças ou assédio/perseguições/stalking (incluindo em caso de separação)
- ☐ Escalada da gravidade, intensidade e frequência da violência
- ☐ Episódios de violência durante a gravidez
- ☐ Prática de sexo forçado com a vítima (incluindo situação de conjugalidade)
- ☐ Manifestação de ciúmes extremos, controlo obsessivo da atividade diária (onde vai, com que está, que dinheiro tem)
- ☐ Morbilidade psiquiátrica/psicopatologia no/a agressor/a
- ☐ Atitudes extremas de dominância e poder: vítima como propriedade
- ☐ Agravamento das estratégias de isolamento
- ☐ Consumo de álcool ou outras substâncias por parte do/a agressor/a
- ☐ Comportamento violento generalizado a outros contextos
- ☐ Diminuição ou ausência de remorso por parte do/a agressor/a
- ☐ Historial de crimes do/a agressor/a
- ☐ Violação de ordens judiciais pelo/a agressor/a (liberdade condicional, medidas de coação)

2

NA PRESENÇA DESTE INDICADOR, O RISCO AUMENTA CONSIDERAVELMENTE

☐ Resposta positiva da vítima aos itens de perceção de perigo:

- ☐ Sentimento de insegurança
- ☐ Receio em voltar para casa / contexto onde ocorreu a situação de violência
- ☐ Existência de perigo para os filhos
- ☐ Presença do/a agressor/a em localização próxima
- ☐ Desconhecimento da situação por familiares e/ou amigos
- ☐ Fraco apoio da rede de suporte familiar ou social

3

☐ Diagnóstico de **PERIGO IMINENTE**

(possibilidade de sofrer um episódio iminente de violência com perigo para a vida da vítima e/ou das suas figuras significativas), fundamentada na entrevista, perceção da vítima, avaliação biopsicossocial e exame físico.

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO

☐ Suspeita de violência



Protocolo 1

Ver pág. 191

☐ Confirmação de violência
Situação de Risco



Protocolo 2

Ver pág. 192

☐ Confirmação de violência
Situação de Perigo



Protocolo 3

Ver pág. 193

INTERVENÇÕES ANTERIORES

INTERVENÇÃO ANTERIOR NO ÂMBITO DA SAÚDE:

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica.

(especificar)

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:

☐ Enfermagem

☐ Psicologia

☐ Serviço Social

☐ Outra

☐ Tratamento de lesões (especificar tipo)

☐ Recorrência anterior aos serviços de saúde devido a violência

☐ Episódio(s) de Urgência

☐ Episódio(s) de Internamento

☐ Contacto com a Linha de Saúde 24

☐ Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR.

Número do processo

Equipa

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES:

☐ Apoio pela rede de suporte familiar/social

Pessoa de ref.ª

Contactos

☐ Apoio por ONG/IPSS: ☐ APAV ☐ AMCV ☐ UMAR ☐ NAV

☐ Outra

☐ Apoio pelo Serviço Local ISS, IP (especificar concelho)

☐ Apoio pela RAPVT

☐ Apoio pelo Protocolo RSI

☐ Apoio pelo Banco Alimentar

☐ Linha de Emergência Social 144

☐ Outras linhas de apoio telefónico

☐ Acolhimento em Casa de Abrigo

☐ Intervenção pela CPCJ (em caso de crianças presenciarem violência)

☐ Queixa/denúncia anterior (especificar n.º processo)

☐ GNR

☐ PSP

☐ PJ

☐ Ministério Público

☐ Avaliação Forense INMLCF, IP

☐ Medidas judiciais

☐ Afastamento do/a agressor/a

☐ Meios técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)

☐ Serviço de teleassistência

☐ Intervenção pela DGRS

☐ Sinalização para Observatório(s)

☐ Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.otsh.mai.gov.pt/>)

☐ Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde

(<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)

☐ Outro (especificar)

☐ Outra (especificar)

PLANO DE INTERVENÇÃO

PROTOCOLO ACIONADO:

☐ Protocolo 1 – Suspeita

☐ Protocolo 2 - Risco

☐ Protocolo 3 - Perigo

☐ Elaboração/disponibilização de Plano de Segurança à vítima (anexo).

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE

☐ Tratamento de lesões (especificar tipo)

☐ Prescrição de ECD (especificar)

☐ Prescrição de Medicação Especificar:

☐ Encaminhamento Serviço Urgência

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica
(especificar)

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:

☐ Enfermagem ☐ Psicologia ☐ Serviço Social ☐ Outra

☐ Internamento. Especificar:

☐ Contacto com a Linha de Saúde 24

☐ Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR

Número do processo Equipa

VIOLÊNCIA SEXUAL

☐ Teste de gravidez

☐ Contraceção de emergência (até 5 dias após agressão)

☐ Interrupção da gravidez

☐ Despiste de ITS/VIH/Hepatite B

☐ Profilaxia ITS/VIH (avaliar risco benefício)

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES

- ☐ Apoio pela rede de suporte familiar/social
- ☐ Acompanhamento por IPSS: ☐ APAV ☐ AMCV ☐ UMAR ☐ Outra
- ☐ Intervenção pelo Serviço Local ISS, IP. Especificar concelho:
- ☐ Apoio RSI
- ☐ Apoio Banco Alimentar
- ☐ Linha de Emergência Social 144
- ☐ Outras linhas de apoio telefónico
- ☐ Acolhimento em Casa Abrigo
- ☐ Intervenção pela CPCJ
- ☐ Encaminhamento/realização de queixa/denúncia
- ☐ GNR ☐ PSP ☐ PJ ☐ Ministério Público
- ☐ Avaliação Forense INMLCF
- ☐ Medidas judiciais
- ☐ Afastamento do/a agressor/a ☐ Meios técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)
- ☐ Serviço de teleassistência ☐ Intervenção pela DGRS
- ☐ Sinalização para Observatório(s)
- ☐ Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.otsh.mai.gov.pt/>)
- ☐ Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde (<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)
- ☐ Outro. Especificar:
- ☐ Outra. Especificar:

SINALIZAÇÃO INTERNA

EQUIPA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM ADULTOS (EPVA)

- ☐ Apenas sinalização (casuística)
- ☐ Consultadoria
- ☐ Intervenção N.º proc.

NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (NACJR)/ NÚCLEO HOSPITALAR DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (N(H)ACJR)

- ☐ Apenas sinalização
- ☐ Consultadoria
- ☐ Intervenção N.º proc.

Nome Profissional(is)

Serviço/Unidade

Assinatura

Data

Adaptado de: INMLCF, IP

GESTOR DE CASO

Nome

Entidade

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL > TIPO DE PRÁTICA(S):

**Relativamente à vítima,
o/a suspeito/a(s):**

- ☐ **CONTACTO ORAL**
- ☐ Beijou/lambeu
 - ☐ Mordeu
 - ☐ Contactou os genitais com a boca
 - ☐ Contactou a região anal com a boca
 - ☐ Ejaculou na boca

- ☐ **CONTACTO GENITAL**
- ☐ Contactou com os dedos/mão nos genitais
 - ☐ Penetrou com os dedos na vagina
 - ☐ Contactou com um objeto nos genitais
 - ☐ Penetrou com um objeto na vagina
 - ☐ Contactou com o pénis na vulva
 - ☐ Ejaculou na vulva
 - ☐ Penetrou com o pénis na vagina
 - ☐ Ejaculou na vagina

- ☐ **CONTACTO ANAL**
- ☐ Contactou com os dedos/mão na região anal
 - ☐ Penetrou com os dedos no ânus
 - ☐ Contactou com um objeto na região anal
 - ☐ Penetrou com um objeto no ânus
 - ☐ Contactou com o pénis na região perianal
 - ☐ Ejaculou na região perianal
 - ☐ Penetrou com o pénis no ânus
 - ☐ Ejaculou no ânus

**Relativamente ao/à(s) suspeito/a(s),
a vítima:**

- ☐ **CONTACTO ORAL**
- ☐ Foi obrigada a beijar/lamber
 - ☐ Mordeu
 - ☐ Foi obrigada a contactar os genitais com a boca
 - ☐ Foi obrigada a contactar com a região perianal

- ☐ **CONTACTO GENITAL**
- ☐ Foi obrigada a contactar com o pénis nos genitais
 - ☐ Foi obrigada a penetrar com o pénis na vagina

- ☐ **CONTACTO ANAL**
- ☐ Foi obrigada a contactar com o pénis na região perianal
 - ☐ Foi obrigada a penetrar com o pénis no ânus

DURANTE A AGRESSÃO

- ☐ Utilização de preservativo
- ☐ Utilização de gel contraceptivo, espuma ou lubrificante (especificar substância e local)
- ☐ Ejaculação na roupa ou qualquer outra parte do corpo
- ☐ Outros vestígios orgânicos na roupa ou qualquer outra parte do corpo

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (CONT.)

COMPORTAMENTO DA VÍTIMA APÓS ALEGADA AGRESSÃO SEXUAL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavou uma parte do corpo | <input type="checkbox"/> Fumou |
| <input type="checkbox"/> Tomou banho | <input type="checkbox"/> Mascou pastilha elástica |
| <input type="checkbox"/> Fez irrigação vaginal | <input type="checkbox"/> Mudou de roupa. Especificar que peças e local onde se encontram: |
| <input type="checkbox"/> Penteou, lavou, cortou ou pintou o cabelo | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Limpou as unhas | <input type="checkbox"/> Destruíu alguma peça de roupa |
| <input type="checkbox"/> Cortou as unhas | <input type="checkbox"/> Mudou de artigo sanitário de higiene pessoal |
| <input type="checkbox"/> Urinou | <input type="checkbox"/> Correu ou fez alguma atividade desportiva ou similar |
| <input type="checkbox"/> Defecou | <input type="checkbox"/> Teve outros contactos sexuais posteriores |
| <input type="checkbox"/> Comeu | <input type="checkbox"/> Menstruou depois da agressão |
| <input type="checkbox"/> Bebeu | <input type="checkbox"/> Tomou medicação |
| <input type="checkbox"/> Vomitou | <input type="checkbox"/> Foi submetida/o a alguma consulta ou tratamento médico |

OUTROS DADOS NA MULHER

- Idade da menarca Data última menstruação
- Idade da coitarca Duração ciclo menstrual
- Nº de gravidez(es) Complicações gravidez(es)
- Nº e tipo de parto(s)
- Nº e motivo de abortamento(s)
- Métodos contraceptivos
- ☐ Antecedentes cirúrgicos
- ☐ Menstruação da vítima na data da colheita
- ☐ Infecções de transmissão sexual
- ☐ Contato sexual consentido até 5 dias antes do evento

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

Situações específicas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso/Dependência de substâncias | <input type="checkbox"/> Álcool |
| <input type="checkbox"/> Comportamentos delinquentes | <input type="checkbox"/> Drogas |
| <input type="checkbox"/> Práticas abusivas prévias | <input type="checkbox"/> Outras substâncias (especificar) <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Patologia psiquiátrica | <input type="checkbox"/> a Familiares |
| <input type="checkbox"/> ITS's | <input type="checkbox"/> a Desconhecidos |
| <input type="checkbox"/> Outras (especificar) <input type="text"/> | |

Relação com a vítima: (especificar)

ANEXO IV

Escala de *Sobrecarga do Cuidador de Zarit*

Nº	Item	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

1. Nunca
2. Quase nunca
3. Às vezes
4. Muitas vezes
5. Quase Sempre

Sem sobrecarga <46

Sobrecarga ligeira 47-55

Sobrecarga intensa >56

Sequeira, C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, série II, nº12, 9-16.

ANEXO V

Avaliação sumativa estágio SUG - enfermeira orientadora

A Enfermeira Carla Leocádio demonstrou, no decorrer das 14 semanas de estágio, ser uma profissional de saúde exemplar, munida de competências técnicas, profissionais e emocionais irrepreensíveis. O brio e dedicação, inerentes ao carácter pessoal e reflexo de uma construção emocional e moral, sustentadas na capacidade de auto-análise e auto-crítica, permitiram-na continuar a desenvolver as suas competências profissionais. A sua idade e consequente bagagem pessoal e profissional, aliada ao profundo conhecimento do serviço de urgência e funcionamento (e lacunas) do sistema nacional de saúde sustentaram a identificação de uma necessidade de extrema pertinência para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa idosa no serviço de Urgência.

A identificação da necessidade foi partilhada e discutida no seio da equipa, devidamente validada e, com o seu Saber Fazer baseado na evidência científica, recomendações, recursos e tempo disponíveis, conseguiu estruturar um circuito de identificação e encaminhamento da pessoa idosa vítima de violência. Não me alongando na multiplicidade e complexidade do papel do Enfermeiro, a verdade é que nem sempre os Enfermeiros que prestam diariamente cuidados à pessoa em situação crítica e/ou que recorre ao Serviço de Urgência, estão despertos para esta problemática; e os que estão, nem sempre sabem como actuar.

O desempenho da Enfermeira Carla Leocádio permitiu-lhe não só desenvolver e adquirir múltiplas competências como expectável, mas também consciencializar-se das suas capacidades e competências para contribuir para uma prestação de cuidados mais holística. Ser Enfermeiro Especialista é Saber Fazer, Saber Estar, Saber Criar, Saber Cuidar e Saber Ser. É identificar o que se pode melhorar, pesquisar, construir, testar e aplicar recursos para contribuir para a melhoria dos cuidados e do sistema, e ainda partilhar; articular com os colegas, com a equipa, para que todos possamos verdadeiramente Cuidar. E a Enfermeira Carla Leocádio conseguiu não só desenvolver as suas competências objectivadas como contribuir para que todos nós, Enfermeiros do Serviço de Urgência, sejam de Cuidados Gerais ou Especialistas, sejamos Enfermeiros mais conscientes, mais completos e melhores cuidadores, com o seu projecto. Abriu o nosso campo de visão, sensibilizou-nos para um

problema real e diário, e munuiu-nos com o “*know how*” e ferramentas para Cuidarmos de forma mais completa, deixando-nos mais próximos do Cuidar verdadeiramente holístico.

Em meu nome e em nome não só dos enfermeiros do serviço e equipa multidisciplinar mas sobretudo em nome de todas as Pessoas Idosas vítimas de violência que recorrem ao nosso Serviço, um sincero e desmedido obrigado.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	Forças Apoio da chefia Equipa de enfermagem dinâmica Recursos Disponíveis Traduz uma melhoria nos cuidados	Fraquezas Elevado número de profissionais no SUG 5 equipas de enfermagem assumindo diferentes métodos de trabalho Grande afluência de clientes ao SUG
Fatores Externos	Oportunidades Oportunidade de aprendizagem Problemática atual e pertinente Necessidade do Serviço Criação da EPVA	Ameaças Pouco interesse das equipas de enfermagem pela problemática Falhas nos registos Prática condicionada pela rapidez e stress do contexto

Referências Bibliográficas:

Tavares, M. (2008). *Gestão estratégica*. 2ª edição. São Paulo: Atlas.

APÊNDICE II

Cronograma de Atividades

[illegible]

APÊNDICE III

Exemplo de Revisão Sistemática da Literatura – A Violência contra a
pessoa idosa e a intervenção do enfermeiro

A Violência contra a pessoa idosa e a intervenção do enfermeiro

RESUMO

O presente artigo faz uma abordagem sistemática da literatura encontrada sobre a intervenção do enfermeiro perante a pessoa idosa em risco ou vítima de violência, nas suas diversas dimensões. Objetivou-se identificar, através da literatura existente, de que forma os enfermeiros atuam nestas situações específicas, nos vários contextos da prática. Procedeu-se a uma pesquisa na EBSCO (CINAHL, MEDLINE), utilizando-se o método de PI[C]O, e foram selecionados 14 artigos dos 40 encontrados, publicados em inglês e todos eles em jornais/revistas de enfermagem. Os resultados obtidos mostram como a consciencialização para o fenómeno é relevante e como enfermeiro deve atuar, avaliando o risco e denunciando os casos identificados, assim como promover políticas no seu contexto de trabalho, e junto da comunidade, que promovam o bem-estar e proporcionem proteção às pessoas idosas. As conclusões apontam para uma maior necessidade de sensibilização e formação nesta área, não só como para o grupo profissional da enfermagem como para a comunidade em geral, assim como a uniformização de protocolos de atuação.

Palavras-chave: Violência na pessoa idosa; abuso na pessoa idosa; negligência na pessoa idosa; maus-tratos na pessoa idosa; intervenção de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O número de indivíduos com idade superior a 65 anos tem vindo a aumentar na generalidade no mundo e nos países e da Europa em particular⁽¹⁾. As alterações da pirâmide etária representam um desafio para os cuidados de saúde pois, viver mais tempo pode implicar o aparecimento de doenças crónicas, limitações funcionais e dependência, muitas vezes associadas a estereótipos que desvalorizam os direitos das pessoas idosas, uma vez que vivemos num mundo que valoriza a beleza e a juventude. Assim, com o envelhecimento demográfico a problemática da violência contra as pessoas idosas vem ganhando maior visibilidade social.

A definição do conceito foi desenvolvida inicialmente pela organização *Action on Elder Abuse*⁽²⁾ e é das mais reconhecidas na literatura especializada e das mais adotadas pelos movimentos políticos e organizações não governamentais e, embora não seja uma definição recente mantém-se como referência atual⁽¹⁾ sendo deste modo utilizada pela Organização Mundial de Saúde. A violência contra pessoas idosas é definida então como “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha”⁽³⁾. A terminologia que se pretende utilizar durante esta revisão é a de “*violência*”, embora na literatura existam divergências e esta seja sobreponível a termos como abuso ou maus-tratos.

No âmbito dos serviços de saúde, os reflexos da violência são nitidamente percebidos quer pelos custos que representam quer pela complexidade do atendimento que exigem⁽⁴⁾ e o aumento do fenómeno da violência, nas suas diferentes formas, tem vindo a ser reconhecido por várias organizações internacionais como um dos mais graves problemas de saúde pública e a priorização nas suas agendas políticas tem sido constante^(1,5).

A literatura é consensual ao admitir que os profissionais de saúde, que estão em contacto direto com a população idosa, têm a responsabilidade de adotar medidas que permitam prevenir, identificar e resolver casos de violência. Esta é uma situação que requiere uma abordagem multiprofissional, mas os enfermeiros são reconhecidos como os profissionais de saúde que estão na linha de frente para detetar essas situações⁽⁶⁾. No entanto, apesar do papel significativo que lhes é atribuído, nem sempre estes estão sensibilizados para esta problemática e têm dificuldade em identificar o âmbito das suas competências .

Esta revisão sistemática da literatura teve como objetivo identificar as intervenções de enfermagem na abordagem à pessoa idosa vítima (ou em risco) de violência nas suas diferentes formas (física, sexual, psicológica, financeira e negligência) e compreender quais os benefícios que daí advêm para a pessoa idosa.

METODOLOGIA

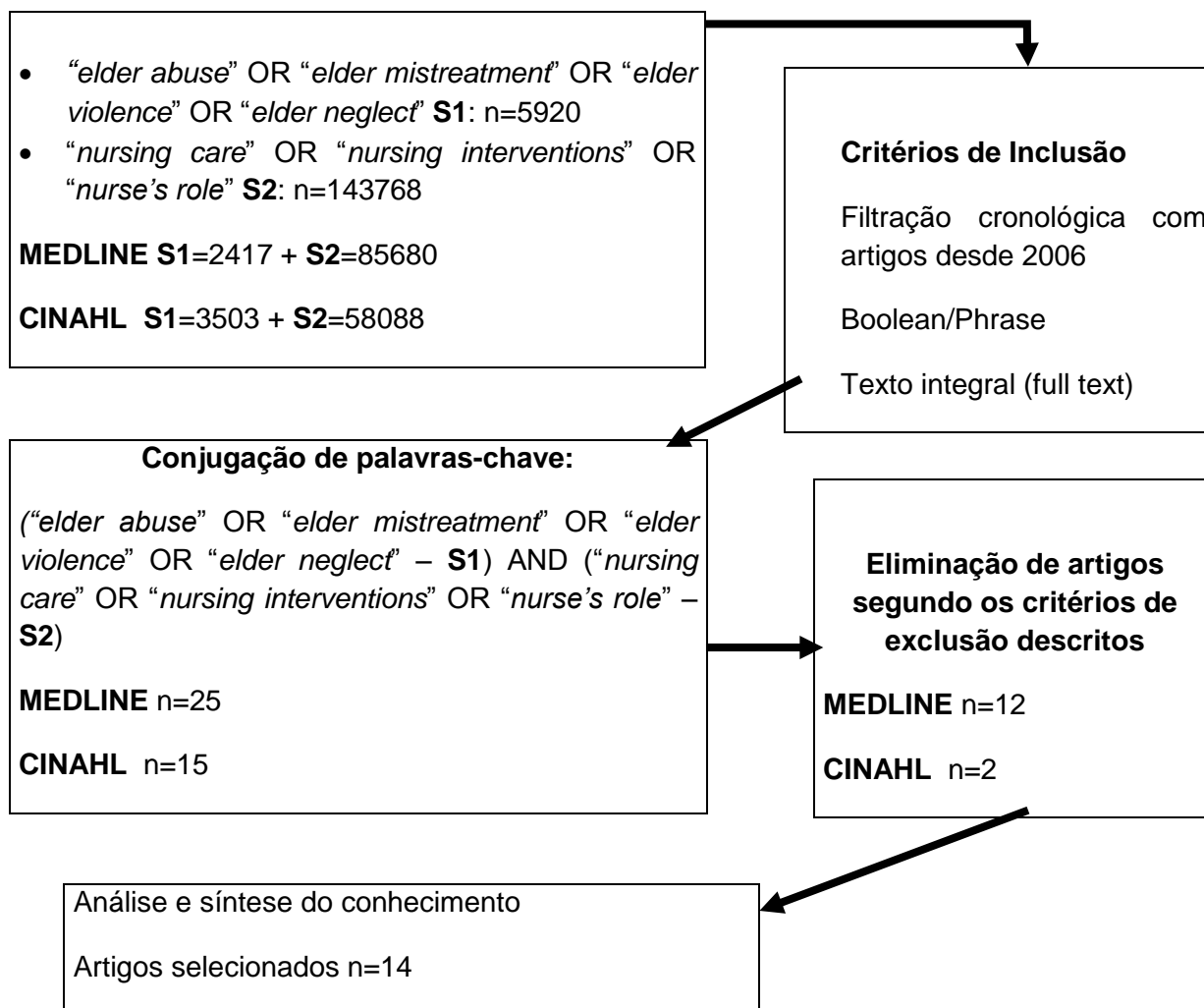
O ponto de partida para esta revisão sistemática da literatura foi a formulação da seguinte questão de investigação em PI[C]O (População, Intervenção, Comparação e Outcome)⁽⁷⁾. Quais as intervenções de enfermagem (Intervention) na abordagem à pessoa idosa vítima de violência (Population) e quais os benefícios das intervenções para as pessoas idosas (Outcome)?

Para o efeito recorreu-se à base de dados eletrónica EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text) e, tendo em consideração as várias dimensões do fenómeno da violência, foram utilizadas palavras-chave com a seguinte orientação: [*“elder abuse”* OR *“elder mistreatment”* OR *“elder violence”* OR *“elder neglect”* (S1); *“nursing care”* OR *“nursing interventions”* OR *“nurse’s role”* (S2) e posteriormente conjugados os descritores selecionados: S1 AND S2].

As palavras foram procuradas em texto integral (full text), retrospectivamente até 2006, resultando em 40 artigos no total (MEDLINE =25 e CINAHL =15). Os critérios de inclusão incidiam em artigos nos últimos 10 anos, com foco na problemática da violência contra a pessoa idosa, com metodologia qualitativa e/ou quantitativa que abordassem a intervenção específica do enfermeiro. Os critérios de exclusão relacionavam-se com artigos com metodologia pouco clara, repetidos em bases de dados ou sem correlação com o objeto de estudo.

Procedeu-se posteriormente a uma análise dos 40 artigos finais, focada no conteúdo presente em títulos e resumos e, sempre que necessário no texto integral, onde se incluíram aqueles que cumpriam os critérios de inclusão referidos. Deste filtração resultaram 14 artigos (MEDLINE =12 e CINAHL= 2) que constituíram a matéria final para análise. O percurso metodológico utilizado encontra-se exemplificado na figura 1.

Figura 1 – Procedimento de pesquisa e seleção



RESULTADOS

Na análise dos 14 artigos selecionados, em que todos eles abordam a interven o do enfermeiro, verificou-se que todos se relacionavam com o abuso em geral (terminologia mais comum usada em publica es de língua inglesa – *elder abuse*). Destacam-se artigos que focam, em particular, a questão da negligência. Um dos artigos relaciona-se especificamente com a dimensão do abuso financeiro.

Todos os artigos se encontravam publicados em jornais e revistas da área de enfermagem e publicados no intervalo previamente definido.

Para tornar perceptível a metodologia utilizada, explicita-se a listagem dos artigos e conseguinte análise que constituíram o substrato para a elabora o da discussão e das considera es finais (Quadro 1).

Quadro 1– Descrição dos estudos incluídos na revisão

Estudo	Objetivos	Métodos	Principais resultados/Implicações para a prática
Alford DM 2006	Obter comentários e opiniões de profissionais de saúde sobre questões legais relacionadas com a especialidade de enfermagem gerontológica.	Questionários (duas questões abertas) aplicados a sete enfermeiros gerontológicos e um médico geriátrico	Os profissionais questionados consideraram o abuso e a negligência de idosos como a principal questão jurídica e que este é um problema que os enfermeiros que trabalham com idosos deveriam vigiar. Deverá ser prioritário os enfermeiros denunciarem o abuso e esse relato deve ser estabelecido como uma actividade essencial e segura. Os enfermeiros devem incorporar o rastreio para o abuso como parte da avaliação realizada na sua prática e aprender a promover o valor do idoso, mostrando à sociedade como tratar os idosos mais humanamente sendo que são responsáveis por garantir a protecção da população idosa e vulnerável Os enfermeiros deverão estabelecer políticas e procedimentos explícitos no local de trabalho para prevenir, relatar incidentes de abuso e negligência de idosos e desenvolver um modelo para mostrar como os enfermeiros podem, em qualquer contexto, comunicar e trabalhar com outras entidades comunitárias.
Muehlbauer M, Crane PA 2006	Consciencializar os profissionais de saúde e família de idosos que o abuso e negligência são questões críticas nos cuidados de saúde.	Revisão da Literatura	As autoras defendem que os enfermeiros estão numa posição ideal para desempenhar um papel significativo na deteção, gestão e prevenção de maus-tratos nos idosos, assim como na investigação subsequente, e podem ser os únicos indivíduos fora da família que têm contacto regular com a pessoa idosa. Os enfermeiros têm o dever de avaliar os idosos de acordo com os protocolos recomendados e denunciar suspeita de abuso às autoridades designadas, trabalhando com a equipa multidisciplinar para ajudar a resolver o problema.
Davison S 2007	Identificar e saber reconhecer os sinais de abuso no idoso e aumentar a consciencialização sobre a temática entre o público e profissionais que trabalham com a pessoa idosa.	Revisão da Literatura baseada em pesquisa conduzida pela entidade <i>Help the Aged</i>	Relativamente aos profissionais de saúde o autor defende uma política de tolerância zero em relação ao abuso de idosos, formação na prevenção, reconhecimento e a gestão do abuso como um elemento básico de todos cuidados. Deve apostar-se em formação obrigatória para todos os profissionais de saúde e assistência social sobre os direitos humanos dos idosos onde se incluem médicos, enfermeiros, profissionais de saúde aliados, entidades policiais, assistentes sociais e outros funcionários de conselhos locais, como os dos departamentos de protecção.

Estudo	Objetivos	Métodos	Principais resultados/Implicações para a prática
Duffin C 2007	Compreender os motivos pelos quais muitas situações de abuso a idosos não são relatadas.	Estudo da Nursing <i>Older People</i> em conjunto com a Help The Aged e a revista <i>Nursing Standard</i> . Questões colocadas a 848 enfermeiros (de vários contextos) sobre o que os poderia impedir de relatar situações de abuso a idosos e de que maneira podiam ser ajudados nesse sentido.	<p>Dos enfermeiros entrevistados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mais da metade queria maior apoio profissional; • Metade sugeriu formação extra; • Um em cada seis enfermeiros não saberia o que fazer se suspeitasse de abuso a uma pessoa idosa; • Mais de metade relatou estarem preocupados que as suas suspeitas fossem infundadas; • Um quarto temia “vingança” por parte do agressor; • Um quarto não relataria o abuso por "medo de embarçar ou perturbar a pessoa mais velha" e • Mais de metade das enfermeiras pediu a criação de uma linha de ajuda e aconselhamento. <p>A pesquisa também revelou que alguns enfermeiros não podiam detetar abuso de idosos simplesmente pela sobrecarga de trabalho (dois terços disseram que tinham "responsabilidade por muitos doentes").</p>
Manthorpe S, Biggs S, McCreadie C, Tinker A, Hills A, O’Keefe M, et al 2007	Relatar o estudo de prevalência do Reino Unido (realizado em 2006-7) sobre o abuso e negligência de idosos que vivem na comunidade e identificar fatores de risco de solidão, depressão e má qualidade de vida.	Estudo de Prevalência no Reino Unido, realizado entre 2006-2007	<p>Este estudo sugere que os enfermeiros têm um papel chave na prática clínica do dia-a-dia, permitindo que os idosos relatem abuso e negligência.</p> <p>Os enfermeiros comunitários devem familiarizar-se com os novos dados sobre prevalência e fatores de risco e discutir esses problemas com colegas para identificar as implicações locais e os pontos de ação assim como conhecer os serviços locais de proteção de adultos.</p>

Estudo	Objetivos	Métodos	Principais resultados/Implicações para a prática
Yeaworth RC 2007	Fornecer uma visão geral do abuso, negligência, apropriação indevida de bens de uma pessoa idosa.	Revisão da Literatura	O autor refere-se à consciencialização e acção como uma obrigação, tanto nas esferas pública como profissional. Nesse sentido os enfermeiros podem desempenhar um papel importante na defesa de estatutos e políticas que ajudem a prevenir o abuso, na detecção e denúncia de abusos e na realização de pesquisas. Médicos e enfermeiros em serviços de emergência, pessoas que trabalham em cuidados domiciliários, cuidados prolongados ou centros de terceira idade devem pensar na possibilidade de abuso de idosos de acordo com sintomas e sinais observados.
Bendix J 2009	Descrever o fenómeno do abuso financeiro a idosos e atuação do enfermeiro nestas situações.	Revisão da Literatura	Embora o abuso financeiro de idosos possa ser difícil de identificar, as enfermeiras têm um papel importante na sua detecção. Enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde são repórteres mandatados, ou seja, se suspeitarem que uma pessoa idosa está a ser abusada, inclusive financeiramente, devem denunciar às entidades responsáveis e aos serviços de proteção de adultos.
McGarry J, Simpson C (2009)	Aumentar a consciencialização sobre o abuso de idosos na prática comunitária e destacar o papel e a responsabilidade dos enfermeiros comunitários na identificação de estratégias eficazes para relatar e prevenir o abuso de idosos nos cuidados primários.	Revisão da Literatura	Os enfermeiros que trabalham na comunidade estão bem posicionados para identificar e relatar possíveis casos de abuso de idosos. O reconhecimento do abuso de idosos e a adoção de medidas adequadas são essenciais para salvaguardar o bem-estar dos idosos. O <i>Nursing and Midwifery Council</i> (2008) e o <i>Community and District Nursing Association</i> (2004) publicaram diretrizes explícitas para o enfermeiro para a identificação, prevenção e gestão de abuso na prática: 1. Identificação de indicadores de abuso; 2. Relatório verbal para a entidade adequada seguido de um relatório detalhado escrito e documentação.

Estudo	Objetivos	Métodos	Principais resultados/Implicações para a prática
Phelan A 2010	Considerar o papel do enfermeiro comunitário no abuso de idosos e detalhar diretrizes práticas e desafios relacionados com a questão.	Revisão da Literatura	<p>O papel da enfermeira comunitária assenta numa responsabilidade e dever de cuidado. Todos os enfermeiros e agências que interagem com as pessoas idosas devem assegurar tratamento e proteção adequados.</p> <p>Os enfermeiros comunitários têm um papel particularmente importante no atendimento primário, secundário e terciário relacionado com o abuso de idosos.</p> <p>A manutenção cuidadosa dos registos constitui um aspeto imperativo do papel da enfermeira comunitária em casos de abuso de idosos pois um elemento essencial da gestão de casos é a documentação. É importante que a documentação seja abrangente no registo de todos os aspectos dos casos de abuso de idosos. Em particular, as questões relacionadas com a data, hora e cronologia devem ser registadas.</p>
Phillips LR 2012	Investigar e analisar casos de negligência contra os idosos a nível de unidades de longa duração.	Estudo conduzido no Arizona realizado com base em citações fornecidas em inspeções de rotina e relatos narrativos de investigação de queixas numa amostra de 165 unidades de longa duração onde haviam sido reportadas 616 queixas, entre 2006 e 2008	<p>Pouca pesquisa terá sido realizada no sentido de fornecer orientação para os enfermeiros sobre a sua intervenção em situações da negligência nestas unidades. Foram estudados três tipos de negligência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambiental (ambiente inseguro, insalubre); - médica (tratamento médico atrasado ou inapropriado; privação de serviços de saúde fora das instalações); - pessoal (falha em fornecer bens ou serviços necessários para evitar danos físicos ou doença mental). <p>O tipo de negligência mais frequente foi a negligência pessoal (132 unidades) e o menos frequente foi a negligência médica (86 unidades).</p> <p>O estudo mostrou que apenas 15 das 165 unidades não tinha evidência de negligência.</p> <p>Apesar das limitações, este estudo fornece uma orientação importante para os enfermeiros de saúde pública pois os resultados chamam a sua atenção para a negligência em unidades de longa duração e enfatizam a vulnerabilidade dos idosos nesse mesmo ambiente.</p> <p>A autora destaca a necessidade que os enfermeiros têm de se envolverem ativamente na investigação para identificar potenciais problemas de saúde pública.</p>

Estudo	Objetivos	Métodos	Principais resultados/Implicações para a prática
Erlingsson C, Ono M, Sasaki A, Saveman BI 2012	Analisar e comparar dados de dois estudos realizados a enfermeiras comunitárias da Suécia e Japão a propósito de casos de abuso de idosos.	Aplicado questionário com 3 casos hipotéticos de abuso a idosos a 88 enfermeiras suecas e a 124 enfermeiras japonesas. Os dados colhidos (2006-2007) foram combinados e analisados utilizando análise de conteúdo e análise qualitativa.	Os padrões de resposta foram idênticos nos três casos hipotéticos; no entanto foram notáveis as diferenças entre as respostas sueca e japonesa. A primeira remetia para a prática, orientada para a ação, envolvendo níveis elevados de suspeita e intervenção pessoal para conseguir maior controlo. As respostas japonesas remetiam para uma melhor compreensão envolvendo os membros da família e a sua situação, focalizando as intervenção na colaboração. No entanto, este estudo conclui que, apesar das diferenças culturais as respostas das enfermeiras suecas e japonesas eram muito semelhantes, o que aponta para uma consciência global do problema e das respostas dos enfermeiros ao abuso dos idosos. Os resultados perspetivam o desenvolvimento de ferramentas globais para avaliação e intervenção no fenómeno do abuso de idosos.
Winterstein TB 2012	Compreender os significados que os enfermeiros atribuem à negligência dos idosos através das suas percepções e experiência profissional com idosos e esclarecer o seu papel significativo perante esse problema.	Foram entrevistados 30 enfermeiros israelitas que trabalham em unidades geriátricas de longa duração. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente.	Os resultados mostram que os membros do pessoal tendem a colocar a responsabilidade por situações negligentes em várias causas, como a sociedade, a família, as organizações e, por vezes, sobre os próprios idosos. No entanto, conclui-se que aqueles que deram alta prioridade aos valores profissionais expressaram atitudes contra a negligência de idosos e estavam menos dispostos a aceitar justificações. Apesar do conhecimento que a negligência deve ser relatada, isso não acontece na prática. Existem, aparentemente, barreiras que impedem que os profissionais envolvidos façam relatórios oficiais. Pessoal de enfermagem está na linha de frente de prestação de tratamento e cuidados em casos de negligência e também são capazes de preveni-lo. As implicações práticas dizem respeito à diferença entre o real e o ideal. O significado disso é tanto a nível macro como micro. No nível macro, a política social deve direccionar a atenção para a negligência, a nível micro, devem apostar-se e, programas de formação e de educação.

Estudo	Objetivos	Métodos	Principais resultados/Implicações para a prática
Loh DA, Choo WY, Hairi NN, Othman S, Mohd Hairi F, Mohd Mydin FH, et al 2015	<p>Descrever e avaliar a eficácia de um protocolo experimental (intervenção educacional) dirigida a enfermeiros de modo a sensibilizar para a prática na detecção e gestão de abuso e negligência a idosos.</p> <p>Explorar os pontos de vista e a compreensão dos enfermeiros sobre a temática, os obstáculos ao relato, necessidades e expectativas.</p>	<p>Ensaio clínico randomizado controlado com seguimento de 6 meses e aplicado, aleatoriamente, a 382 enfermeiros comunitários na Malásia</p>	<p>Os autores referem que o estudo apresentou evidências importantes extraídas das experiências e feedback dos enfermeiros e contribuirá para melhorar as diretrizes existentes e melhorar as políticas e práticas de saúde para os idosos. O protocolo de formação utilizado no estudo servirá de modelo para a gestão do abuso e negligência na população idosa de modo a que os enfermeiros avaliem, identifiquem, façam a gestão e encaminhem os idosos vítimas de violência ou em risco.</p> <p>Identificar e lidar com casos de abuso no idoso vai permitir aos enfermeiros fornecer ao apoio emocional e aumentar a segurança e qualidade de vida nos idosos.</p> <p>Para detetar, dar resposta e prevenir o abuso de idosos, os profissionais de saúde que trabalham com a pessoa idosa devem possuir conhecimento no reconhecimento do abuso e estar consciente de estratégias de intervenção, serviços de apoio a idosos e autoridades policiais de referência.</p> <p>Programas educacionais, formação contínua, fóruns e seminários e workshops são essenciais para profissionais e para a comunidade.</p>
O'Connor T 2016	<p>Descrever o dever de cuidados por parte dos enfermeiros na protecção de crianças ou adultos vulneráveis (onde se incluem os idosos).</p>	<p>Revisão da Literatura baseada num encontro realizado na Noza Zelândia sobre protecção de pessoas vulneráveis</p>	<p>A autora destaca a importância dos enfermeiros estarem conscientes dos sinais de abuso, negligência e vulnerabilidade e se a violência for divulgada, os enfermeiros devem conhecer as suas estruturas de resposta organizacional.</p> <p>Os enfermeiros encontram idosos vítima de violência na sua prática e devem reconhecê-lo e avaliá-lo. Ouvir a vítima e criar empatia.</p> <p>Necessidade de aderir às políticas da sua organização sobre o abuso de idosos, documentá-lo e relatá-lo e segui-lo para garantir que as ações foram tomadas.</p>

DISCUSSÃO

Da análise dos artigos supra-referenciadas destaca-se a importância que todos eles atribuem à intervenção do enfermeiro no que diz respeito a situações de violência contra a pessoa idosa. Os autores são consensuais ao afirmar que os enfermeiros têm necessidade de estar sensibilizados para os sinais de violência em todas as suas formas e devem reconhecê-los e avaliá-los na sua prática. Este fenómeno é considerado um problema sério na sociedade⁽⁸⁾, com impacto direto sobre a vida da pessoa idosa⁽⁵⁾ e com múltiplos riscos e causas⁽⁹⁾, sendo categorizado em cinco diferentes dimensões: violência física, psicológica, sexual, financeira e negligência. Um estudo onde profissionais de saúde foram questionados sobre assuntos legais relacionados com a enfermagem gerontológica, o abuso e a negligência foram considerados como as principais questões jurídicas⁽¹⁰⁾. Alguns autores referiram a discriminação contra a pessoa idosa uma forma de violência⁽⁵⁾.

Os estudos selecionados e analisados sugerem que a violência contra a pessoa idosa é um problema generalizado e engloba várias áreas geográficas (América, Ásia e Europa). É disso exemplo o estudo comparativo realizado a enfermeiras comunitárias da Suécia e Japão onde se conclui que, apesar das diferenças culturais, as respostas das enfermeiras eram muito idênticas, o que aponta para uma consciência global do problema e das respostas dos enfermeiros ao abuso das pessoas idosas.

Apesar da importância da sua intervenção, nem sempre os enfermeiros têm consciência disso⁽⁶⁾, como se constatou num dos estudos efetuados, com o intuito de compreender os motivos pelos quais muitas das situações de violência não são relatadas. Conclui-se que um em cada seis enfermeiros não saberia o que fazer se suspeitasse de abuso a uma pessoa idosa⁽¹¹⁾.

É incontestável que o reconhecimento das situações de violência, a adoção de estratégias de intervenção e o conhecimento sobre serviços de apoio e autoridades policiais de referência são essenciais para salvaguardar o bem-estar da pessoa idosa^(5,12). A importância da consciencialização do fenómeno da violência contra esta população é descrita na literatura como uma obrigação^(9,13,14), que tanto pode dizer respeito à esfera pública como profissional, como é o caso dos enfermeiros.

Apesar da metodologia de pesquisa desta revisão não especificar o contexto de trabalho do enfermeiro a maior parte dos estudos destaca a responsabilidade dos enfermeiros comunitários na identificação de estratégias eficazes para relatar e prevenir o abuso na pessoa idosa^(5,8) uma vez que trabalham no seio da comunidade, próximo do seu quotidiano e da sua família e/ou cuidador. É dever do enfermeiro comunitário familiarizar-se com os novos dados sobre prevalência e fatores de risco e discutir esses problemas com colegas para identificar as implicações locais e os pontos de ação, assim como conhecer os serviços locais de proteção de adultos⁽¹⁵⁾. Um dos estudos realizado numa unidade de longa duração, nos Estados Unidos da América, fornece orientações importantes para os enfermeiros de saúde pública pois os resultados chamam a atenção para a dimensão da negligência nessas unidades e enfatizam a vulnerabilidade das pessoas idosas nesse ambiente⁽¹⁶⁾.

Contudo, não só os profissionais que trabalham na comunidade devem estar sensibilizados para a possibilidade de violência na pessoa idosa, mas também aqueles que exercem funções em serviços de emergência ou onde a pessoa idosa pode estar institucionalizada⁽¹⁴⁾, tendo em consideração que os indicadores de abuso podem ser subtis⁽⁵⁾.

Intervenções de enfermagem na abordagem à Pessoa Idosa vítima de violência.

Os estudos analisados defendem que os enfermeiros estão numa posição ideal para desempenhar um papel relevante na deteção, gestão e prevenção da violência nas pessoas idosas^(6,9). Defendem que os enfermeiros têm o dever de avaliar a pessoa idosa de acordo com os protocolos recomendados e trabalhar com a equipa multidisciplinar para ajudar a resolver o problema⁽⁹⁾, devendo incorporar na sua prática intervenções de rastreio como parte da avaliação⁽¹⁰⁾. Além disso, devem intervir na defesa de estatutos e políticas que ajudem a prevenir violência, na deteção e denúncia⁽¹⁴⁾. Duas diretrizes explícitas são enumeradas num dos estudos e estão relacionadas com a identificação de indicadores e a elaboração de um relatório verbal para a entidade adequada seguido de um relatório escrito detalhado e respetiva documentação⁽⁵⁾. É importante que a documentação seja abrangente no registo de todos os aspectos dos casos de violência contra a pessoa idosa. Em particular, as questões relacionadas com a data, hora e cronologia devem ser

registadas⁽¹⁵⁾. Nesse sentido, também o manual da Violência Interpessoal, da Direção-Geral da Saúde, salienta a utilidade dos registos no âmbito do processo penal, incluindo exame físico, fotodocumentação e preservação de provas, enquanto elementos judiciais, na aplicação de medidas de proteção e coação⁽¹⁷⁾.

Uma das intervenções dos enfermeiros a que mais alusão se fez nos artigos incluídos refere-se ao dever de denunciar a situação de violência que deve constituir uma prioridade. A denúncia da situação às autoridades designadas e/ou serviços de proteção de adultos deve ser estabelecido como uma atividade essencial e segura^(9,10,18), adotando uma política de tolerância zero⁽¹⁹⁾. Os enfermeiros (e outros prestadores de cuidados de saúde) são assim repórteres mandatados e a denúncia deverá ser feita em todas as situações de violência⁽¹⁸⁾. Deverão conhecer as estruturas de resposta das organizações e estas, juntamente com os sistemas de prestação de cuidados, devem apoiá-los ativamente^(10,13).

As políticas relacionadas com a violência na pessoa idosa deviam ser análogas às da proteção da criança e receber um status semelhante⁽¹¹⁾ e os próprios enfermeiros deverão instituir políticas e procedimentos no seu local de trabalho para prevenir, relatar incidentes relacionados com o problema e desenvolver protocolos de atuação e mostrar como os enfermeiros podem, em qualquer contexto, comunicar e trabalhar com outras entidades comunitárias⁽¹⁰⁾ e, de modo abrangente, perspetivar o desenvolvimento de ferramentas para avaliação e intervenção no fenómeno da violência contra a pessoa idosa⁽²⁰⁾.

Barreiras à intervenção

Apesar da consciencialização geral em relação ao dever de avaliar e relatar as situações que atentam contra os direitos da população idosa, os estudos mostraram que diversas são as barreiras que os impendem de o fazer^(6,11) como o receio de que as suas suspeitas sejam infundadas, medo de “embaraçar” ou perturbar a pessoa, receio de vingança por parte do agressor e até mesmo sobrecarga de trabalho. Verificaram-se também resultados que mostraram que muitos profissionais tinham tendência para responsabilizar a sociedade, a família, as organizações e, por vezes, a própria pessoa idosa no que se refere a negligência⁽⁶⁾.

A questão da formação emerge como fundamental na prevenção, no reconhecimento e na gestão das situações de violência como um elemento básico de todos os cuidados⁽¹⁹⁾. No estudo onde os enfermeiros foram questionados sobre

os motivos pelos quais não faziam relatos, cerca de metade sugeriu necessitar de formação extra⁽¹¹⁾. Deve assim apostar-se em formação obrigatória e contínua, com programas educacionais, fóruns, seminários e workshops para todos os profissionais de saúde (onde se incluem médicos, enfermeiros, profissionais de saúde aliados, entidades policiais, assistentes sociais e outros funcionários de conselhos locais, como os dos departamentos de proteção) sobre os direitos humanos das pessoas idosas^(6,12,19). Os enfermeiros sensibilizados para este fenómeno consideraram que deveriam ser capazes de encaminhar a pessoa para lugares seguros e gostariam de ter maior apoio nesse sentido sugerindo, por exemplo, a criação de uma linha de ajuda e aconselhamento⁽¹¹⁾.

Benefícios da Intervenção de Enfermagem para as pessoas idosas

Os resultados sugerem que os profissionais de saúde estão na linha da frente face ao problema da violência e que os enfermeiros, que trabalham diretamente com a pessoa idosa, tem um papel chave na prática clínica diária, permitindo relatem as situações que vivenciam⁽¹⁵⁾, pelo facto de poderem ser os únicos indivíduos fora da família a ter contacto regular com a pessoa idosa⁽⁹⁾. Podem assim, no seu quotidiano, encontrar pessoas idosas vítimas de violência e devem reconhecê-la e avaliá-la, ouvir a vítima e criar empatia⁽¹³⁾, olhar de forma holística para a pessoa idosa em qualquer situação onde a suspeita surja⁽¹⁰⁾. Identificar e lidar com casos de abuso vai permitir aos enfermeiros fornecer apoio emocional e aumentar a segurança e qualidade de vida na pessoa idosa⁽¹²⁾. É da competência do enfermeiro promover o valor da pessoa idosa, mostrando à sociedade como tratá-la mais humanamente, sendo que são responsáveis por garantir a proteção da população idosa e vulnerável⁽¹⁰⁾.

Os enfermeiros também podem e devem desempenhar um papel importante no desenvolvimento da investigação nesta área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo, tendo que conta a questão de investigação inicial, apresenta algumas divergências entre as produções no que concerne à terminologia utilizada, pois ao falarmos de violência na pessoa idosa estamos a abordar, incontornavelmente, o abuso, a negligência, a exploração, os maus-tratos, entre

outros termos. Daí que os estudos obtidos pelos critérios definidos não fossem uniformes em relação a este aspeto. Nenhum dos estudos se referia a violência sexual ou psicológica ou até a discriminação e a maior parte deles remetia para o abuso em geral e para a dimensão da negligência. Apenas um deles abordava a questão do abuso financeiro. Outro ponto que merece atenção, e apesar da questão de investigação não ser específica em relação ao contexto da prática de trabalho, é o fato de nenhum dos estudos ser alusivo à atuação do enfermeiro de cuidados críticos constatando-se a escassez de pesquisa nessa área.

Os achados apontam para as barreiras que impedem os enfermeiros de relatar as situações de violência, apesar da consciencialização geral em relação ao fenómeno, mostrando que deveriam ser desenvolvidos protocolos de atuação uniformizados de modo a facilitar a avaliação da violência na pessoa idosa, assim como a adoção de políticas de prevenção.

Embora esta revisão apresente limitações do ponto de vista de artigos analisados (2006 a 2016) os seus resultados asseguram que a violência contra a pessoa idosa é um problema global e que há necessidade dos enfermeiros considerarem o fenómeno da violência contra a pessoa idosa em todas suas formas. Este grupo profissional encontra-se numa posição privilegiada para identificar e avaliar os casos de violência assim como para preveni-los. Para o efeito os resultados mostraram que a formação na prevenção é fundamental e um elemento chave que serve de base para os cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos, A.J., Fernandes, A.A. & Gil, A.P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77.
2. Action on Elder Abuse (2004) *.Hidden Voices: Older People's Experience of Abuse*. AEA, London.
3. OMS (2002), *Missing Voices. Views of Older Persons on Elder Abuse*, Genebra, WHO. Acedido em 22 de Maio de 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67371/1/WHO_NMH_VIP_02.1.pdf
4. Saliba, O., Garbin, C. A .S., Garbin, A .J. I. & Dossi, A. P. (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, 41 (3), 472-477.
5. McGarry, J., Simpson, C. (2009). Raising awareness of elder abuse in the community practice setting. *British Journal of Community Nursing*, 14(7), 305-308.
6. Winterstein, T. B. (2012). Nurses' experiences of the encounter with elder neglect. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 55-62.
7. Berwanger, O., Suzumura, E. A., Buehler, A. M, & Oliveira, J. B. (2007). Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(4), 475-80.
8. Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478.
9. Muehlbauer, M., Crane. P. A. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 44(11), 43-48.
10. Alford, D. M. (2006). Legal Issues in Gerontological Nursing: Abuse and Neglect of Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(1), 10-12.
11. Duffin, C. (2007). Turning a blind eye. *Nursing Older People*, 19(7), 6-7
12. Loh, D. A. et al. (2015). A cluster randomized trial on improving nurses' detection and management of elder abuse and neglect (I-NEED): study protocol. *Journal Of Advanced Nursing*, 71(11), 2661-2672.
13. O'Connor, T. (2016). Nurses' role in protecting vulnerable people. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 22(11), 17.
14. Yeaworth, R. C. (2007). Elder abuse and neglect. *Nebraska Nurse*, 40(1), 16-20.

15. Manthorpe, S. et al. (2007). The UK national study of abuse and neglect among older people. *Nursing Older People*, 19(8), 24-26.
16. Phillips, L. R. (2012). The public health nursing role in elder neglect in assisted living facilities. *Public Health Nursing*, 29(6), 499-509.
17. Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.
18. Bendix, J. (2009). Exploiting the elderly. *RN*, 72(3), 42-44.
19. Davison, S. (2007). Elder abuse. Campaign seeks to raise awareness and improve action. *British Journal of Community Nursing*, 12(2), 71-73.
20. Erlingsson, C., Ono, M., Sasaki, A., Saveman, B. I. (2012). An international collaborative study comparing Swedish and Japanese nurses' reactions to elder abuse. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 56–68

APÊNDICE IV

Guião de colheita de dados:

Processo de Parceria com a Pessoa Idosa vítima de Violência Interpessoal que
recorre ao Serviço de Urgência

Guião de colheita de dados

Processo de Parceria com a Pessoa Idosa vítima de Violência Interpessoal que recorre ao Serviço de Urgência

1. Revelar-se

“O enfermeiro tem uma atitude onde mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa (...) esforçar-se por conhecer a sua identidade (o que é a pessoa, quem é a pessoa) quais os seus valores, cultura, contexto de inter-relação social, mostrando respeito pela pessoa como um ser de direitos.” (Gomes, 2013, p.99)

Dar-se a conhecer

Abordar a pessoa idosa de forma amável e reservar-lhe um local propício e cómodo	
Apresentar-se à pessoa idosa e explicar o procedimento	
Demonstrar carinho e simpatia, respeito e ausência de juízos valorativos	
Perguntar antes de atuar	
Promover a escuta ativa e encorajar expressões e sentimentos	

Conhecer a outra pessoa - Conhecer a sua identidade

Identidade

Nome	
Idade	

Naturalidade	
Residência	
Profissão	
Habilitações Literárias	
Hábitos Religiosos	

Situação Sócio-Familiar

Estado Civil	
Pessoa Significativa/ Cuidador	
Pessoa com que habita	
Recursos Externos	
Condições habitacionais	
Recursos económicos	
Ocupações	

Outra informação relevante:

GENOGRAMA

ECOMAPA

Conhecer o Contexto de Doença

Motivo de vinda ao Serviço de Urgência	
Outros episódios de urgência e seus motivos	
Antecedentes pessoais de doença	
Conhecimento da doença pelo familiar/ cuidador	
Alergias	
Terapêutica de ambulatório	
Responsável pela medicação em regime de ambulatório	
Terapêutica em internamento	

Conhecer a história/ experiência relacionada com a Violência

(baseado no manual de Violência Interpessoal da Direcção-Geral da Saúde)

Relacionado com a pessoa idosa

Conhecimento do tempo de dependência do cuidador	
Depende financeiramente do cuidador?	

Grau de incapacidade física ou intelectual? Uso de Escalas <u>Respetiva pontuação</u> 1. Mini-Mental State Examination 2. Lawton e Brody 3. Índice de Barthel 4. Mini Nutricional Assessement 5. Holden 6. Morse 7. Escala de Braden 8. Elder Assessment Instrument	Pontuação/Resultado <div>1.</div> <div>2.</div> <div>3.</div> <div>4.</div> <div>5.</div> <div>6.</div> <div>7.</div> <div>8.</div>
História de demência? Escala Clinical Dementia Rating	
História de Depressão? Escala de depressão geriátrica de Yesavage - versão curta	
História de comportamento agressivo e desafiante (passado ou presente)?	
Tem apoio social?	
Conhecimento do padrão do sono	
Existência de indicadores físicos suspeitos Elder Assessment Instrument	

Relacionado com o familiar/cuidador

Depende financeiramente da pessoa idosa que cuida?	
História de depressão?	
História de consumo de substâncias? (álcool ou drogas)	
História de violência já relatada?	

Sobrecarga enquanto cuidador? Escala de Sobrecarga do Cuidados de Zarit	
Tem apoio social?	
Demora na procura dos cuidados de saúde?	
Foi o próprio a procurar os cuidados de saúde?	

2. Envolver-se

“O Enfermeiro demonstra ter consciência dos efeitos da importância do tempo para os doentes idosos, pelo que, procura estruturar os tempos de relação de modo a que esteja disponível para escutar, demonstrar disponibilidade, solicitude, preocupação, uma atitude centrada na pessoa; demonstra respeito pela identidade do doente idoso e pelo espaço de identidade deste; promove o cuidado em ambiente seguro (...)” (Gomes, 2013, p.100)

Colheita de Dados através de entrevista, relacionado com suspeita de violência

(baseado no manual de Violência Interpessoal da Direcção-Geral da Saúde)

A enfermeira interroga a (potencial) vítima em privado, questionando se pretende a presença de alguém	
A enfermeira mantém uma atitude empática, facilitando a comunicação e expressão de sentimentos	
A enfermeira mantém escuta ativa, não emitindo juízos de valor	
A enfermeira segue uma	

sequencia lógica das questões (das mais gerais para as mais concretas), introduzindo o tema da violência de forma cuidadosa	
A enfermeira adequa a linguagem à pessoa idosa	
A enfermeira garante confidencialidade	

“(...) o doente idoso, pela atitude de proximidade, de afetividade, de preocupação, de competência técnica e relacional que o enfermeiro demonstra, envolve-se, partilhando com este, através da linguagem verbal ou pela linguagem do corpo, do olhar, da postura, do ambiente que o rodeia, os significados da sua experiência de doença.” (Gomes, 2013, p.101)

“Permite reconhecer as situações e procurar com as pessoas o que a motiva e dá sentido à sua vida, para em conjunto identificarem possibilidades e recursos do doente idoso para o cuidado de Si” (Gomes, 2013, p.101)

A enfermeira tenta conhecer a percepção que a pessoa idosa possui da sua situação e a que pensa dever-se o seu mal estar ou problema de saúde. Tenta perceber se aconteceu alguma situação que o deixou angustiado ou se alguma vez se sentiu magoado ou ameaçado por algum cuidador.	
A enfermeira tenta perceber os receios da pessoa idosa e se está a vivenciar alguma situação problemática ou se existe algum problema no relacionamento com que lhe presta cuidados.	
A enfermeira tenta conhecer se existem necessidades de apoio a nível de higiene, para se vestir, para ir às compras, ao banco ou preparar refeições ou se a pessoa idosa se sente isolada de família e amigos ou de atividades. (ver instrumentos de avaliação multidimensional aplicados)	
A enfermeira procura perceber a dificuldade	

expressa, se já se sentiu privado de receber comida, água, dormir ou cuidados médicos, se as portas ou janelas de sua casa encontram-se trancadas para que não possa sair ou se já lhe foi retirada alguma identificação e forçado a fazer coisas contra a sua vontade (como por exemplo assinar documentos permitindo a utilização do seu dinheiro ou pertences.)	
A enfermeira presta atenção ao discurso (gaguejo, voz vacilante) e ao estado emocional (roer as unhas, labilidade emocional)	

3. Capacitar ou Possibilitar

“Capacitar é contruir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir (...) o enfermeiro desenvolve um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado, ou seja, com partilha de responsabilidade e poder em que mobiliza a singularidade da pessoa para ajudar a transformar capacidades potenciais em reais, para que a pessoa idosa possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si” (Gomes, 2013, p.101)

Construção de ação conjunta para a pessoa idosa assumir o controlo de Si

A enfermeira partilha conhecimento sobre o tema da violência com a pessoa idosa	
A enfermeira faz com que a pessoa idosa não se sinta culpada	
A enfermeira aborda o medo	
A enfermeira não desvaloriza a sensação de perigo (se for expressa)	
A enfermeira aborda a resistência que existe em reconhecer estas situações como um problema	
A enfermeira alerta para os riscos e consequências que advêm da suas escolha (sem emitir juízos de valor)	

A enfermeira ajuda a refletir, a ordenar ideias e na tomada de decisão	
A enfermeira esclarece o direito à confidencialidade	
A enfermeira apoia iniciativas de mudança e estabelece em conjunto o plano mais adequado para a promoção do cuidado de Si	
A enfermeira reforça as decisões, respeitando o tempo e as suas preferências	
A enfermeira esclarece sobre o tipo de informação que é fornecida às autoridades	

***“Possibilitar** implica estar presente e ter cuidado com o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível, no sentido de antecipar complicações, permitir que a pessoa possa ter conforto e bem-estar e prosseguir na sua trajetória de vida, preservando a sua identidade no contexto social”*
(Gomes, 2013, p.103)

Promover o Cuidado do Outro

A enfermeira sinaliza a situação de violência interpessoal no momento em que a identifica	
A enfermeira proporciona cuidados que sejam necessários a nível de conforto, alimentação, ...	
A enfermeira articula-se com a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e auxiliares) presente no serviço de urgência	
A enfermeira regista em diário clínico pormenores relacionados com estado da pessoa idosa (citações do da pessoa idosa e/ou lesões que apresente)	
A enfermeira, assegura-se juntamente com a equipa, que a pessoa idosa não tem alta do Serviço de Urgência	
A enfermeira trabalha em conjunto com assistente social	
A enfermeira articula-se com elementos da	

comunidade	
A enfermeira poderá articular-se com familiar e/ou cuidador	

4. Comprometer-se

“O enfermeiro ajuda a suportar o compromisso que a pessoa faz com base no que faz sentido para si”(Gomes, 2013, p.103)

Cuidado de Si

A enfermeira identifica os principais significados para pessoa idosa em relação a situações de Violência Interpessoal	
A enfermeira compromete-se com a pessoa idosa ajudando-se a assegurar o cuidado de Si	
A enfermeira valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de Si	

Cuidado do Outro

A Enfermeira desenvolve um esforço conjunto com equipa multidisciplinar para assegurar cuidado do Outro dentro daquilo que faz sentido para a pessoa idosa	
A Enfermeira poderá ajudar familiar e/ou cuidador na construção da capacidade de assegurar o cuidado do Outro dentro daquilo que faz sentido para a pessoa idosa	
A enfermeira valida as intervenções realizadas para a promoção do cuidado do Outro em relação a situações de Violência Interpessoal	

5. Assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro

Assumir e Assegurar o cuidado de Si

“Assumir o controlo do cuidado de Si próprio significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem estar” (Gomes, 2013, p.103).

A pessoa idosa tem perceção da sua situação de violência	
A pessoa idosa está informado e capaz de tomar decisões relativas à situação de violência	
A pessoa idosa assegura conseguir gerir autonomamente sua situação	
A pessoa idosa conhece os recursos disponíveis, no hospital e comunidade, para decidir o melhor caminho para Si	
A pessoa idosa sente-se confiante e manifesta conforto na forma como foi tratada	

Assumir e Assegurar o cuidado do Outro

“O Enfermeiro garante que a família adquira capacidade para cuidar do doente idoso e mantém-se como um recurso”(Gomes, 2013, p.103).

A equipa multidisciplinar / familiar e/ou cuidador tem perceção da situação de violência	
A equipa multidisciplinar / familiar e/ou cuidador conhece o projeto de vida e aquilo que faz sentido para a pessoa idosa	
A equipa multidisciplinar reconhece na enfermeira um recurso para a promoção do cuidado na pessoa idosa vítima de Violência	
O familiar e/ou cuidador conhece os recursos da comunidade que o podem ajudar a assegurar o cuidado da pessoa idosa	

Referências Bibliográficas

Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa, DGS.

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência.

APÊNDICE V

Nota de campo - SUG

Nota de campo em Serviço de Urgência Geral

DEZEMBRO 2015

Esta nota de campo surge na sequência do estágio realizado em contexto de cuidados de urgência e as situações que pretendemos descrever, e sobre as quais desejamos refletir, dizem respeito a dois casos de alegada violência que nos foram comunicados pela equipa de enfermagem e os quais tivemos oportunidade de acompanhar. A necessidade de reflexão sobre estas situações emerge da indesejável frequência com que acontecem no SUG e do modo como atuamos, como profissionais, perante as mesmas. Considerámos apenas dois casos, que se verificaram durante este período de estágio, mas tivemos conhecimento de muitos outros no âmbito da violência interpessoal contra a pessoa idosa.

Em outubro de 2015 foi trazida ao SUG a Sra. D.^a M., de 82 anos. Vinha acompanhada pelas entidades policiais e pela neta, por suspeita de alegados “maus tratos” (como descrito em *Alert*). Até há 2 meses atrás residia com uma bisneta que terá saído de casa, tendo a Sra. D.^a M. ficado sozinha, com apoio da filha que morava no mesmo prédio. De acordo com a informação da neta, até há 2 meses deambulava e fazia a sua própria higiene, mas não preparava as suas refeições e tinha períodos de confusão mental. Há cerca de uma semana dirigiu-se a casa da avó e terá notado que esta estava mais confusa que o habitual, emagrecida e em más condições de higiene. No dia em que resolveu trazê-la ao serviço de urgência esta estava deitada em cima da cama, fria, com apenas uma peça de roupa (camisa) vestida. Encontrava-se vígil, mas não colaborante, e não verbalizava. Apresentava-se urinada e com fezes na cama, em muito mau estado de higiene, assim como a sua casa também estava em más condições. Além deste quadro, apresentava hematoma periorbital à direita, que impossibilitava a abertura ocular. Perante isto, terá resolvido contactar a polícia e trazer a avó ao SUG.

Na admissão, a Sra. D.^a M., colaborava de uma forma lentificada, conseguia verbalizar o nome completo, mas estava desorientada no tempo e espaço. O seu discurso não era coerente relativamente ao que tinha acontecido nos últimos dias. Queixava-se de dor à mobilização do membro inferior esquerdo. Em relação à evidente lesão periorbital, e através de exames complementares de diagnóstico

realizados posteriormente, verificou-se uma lesão expansiva, com aparente ponto de partida no seio maxilar direito, com extensão à fossa nasal e à órbita direitas.

O caso descrito foi um dos muitos que nos chegam ao serviço de urgência. Tirar conclusões do que terá acontecido não foi nosso objetivo nesta descrição. Sabemos que a situação da Sra. D.^a M. foi sinalizada à assistente social e as razões que motivaram o seu internamento prendem-se com a lesão expansiva verificada (com invasão de várias estruturas) e com a situação social complexa. As notas em diários fazem alusão à alegada violência por parte da filha e esta ficou impedida de visitar a mãe. Caso isso acontecesse, a equipa teria indicação para comunicar à polícia.

Em dezembro de 2015, deu entrada na reanimação a Sra. D.^a F., de 90 anos. Foi trazida da própria casa, pelos bombeiros, por um quadro de prostração. À chegada encontrava-se com gemido constante e verificavam-se maus cuidados de higiene, com fezes e urina misturados com penso repassado na região sagrada, onde apresentava úlcera por pressão. Encontrava-se vestida mas sem fralda. Apresentava também pensos nos membros inferiores sujos com fezes. Emagrecida, caquética, desidratada. Sem critérios para cuidados em sala de reanimação foi encaminhada para outra sala de observação, onde a prioridade da equipa foi a prestação de cuidados de higiene e conforto e a avaliação das feridas com a realização dos vários pensos (região sagrada, trocanter direito, calcâneos, região plantar pé esquerdo, terço distal membro inferior esquerdo, mão direita e ainda ferida a nível genital, compatível com a existência de candidíase).

A filha (e única prestadora informal dos cuidados) chegou algum tempo depois e terá sido a própria a chamar os bombeiros porque a mãe se encontrava menos reativa. Na altura foi confrontada no sentido de se perceber o porquê da Sra. D.^a F. se encontrar neste estado. Foi questionada sobre se tinha conhecimento de que poderia dispor de apoio nos cuidados a prestar a uma pessoa idosa nestas condições. Mostrou-se revoltada com esta abordagem e abandonou o serviço.

A situação da Sra. D.^a F. exigiu que ficasse internada, e assim permaneceu várias semanas num corredor, numa maca onde foi colocado colchão anti-escaras. Encontrámos descritos, durante o internamento, períodos de agitação e desorientação (no tempo e no espaço), assim como períodos de agressividade e de

labilidade emocional, mostrando-se muitas vezes assustada quando era abordada pelos profissionais.

Este caso também estava a ser acompanhado pela assistente social que presta apoio à urgência mas nunca, durante o período de visitas, se verificou a presença de quaisquer familiares.

Os fatores de risco para a violência interpessoal contra a pessoa idosa que verificámos nos casos que descrevemos são coerentes com os descritos na literatura. Temos duas vítimas do sexo feminino, com idade superior a 74 anos e com aparente elevado grau de incapacidade física e intelectual. Não conseguimos apurar, no entanto, se existia história de demência ou depressão nas situações descritas. Relativamente aos indicadores, há um aparente atraso na procura dos cuidados, por parte dos familiares, uma vez que as vítimas teriam necessitado de avaliação e intervenção precoce para evitar chegar ao estado em que as encontrámos. Na primeira situação há evidência de um hematoma numa região suspeita (face), não se conhecendo história de queda. Na segunda situação temos uma idosa com atitudes de irritabilidade e tristeza, assim como uma filha com uma atitude hostil com os profissionais de saúde.

Estes casos de violência perpetrados no domicílio enquadram-se na violência interpessoal a nível familiar, sendo que a natureza da mesma é sugestiva de negligência/privação. Os dados que nos conduzem a esta hipótese relacionam-se com o facto das vítimas se encontrarem emagrecidas, provavelmente desnutridas e desidratadas, e ambas terem sido encontradas em muito más condições de higiene.

Enquanto profissionais de saúde poderemos não entender as razões que levam a pessoa idosa a arrastar a situação de violência durante longos períodos de tempo. No entanto estes comportamentos poderão não ser reconhecidos como violência e poderão ser encarados pela pessoa com algo normalizado, dentro do seu contexto cultural ou familiar. Nesta perspetiva, para aqueles que vivem em casa, muitas vezes a violência é perpetrada por um familiar e há um vínculo emocional que impede a divulgação (Naughton et al., 2010). Sabe-se que a violência contra as pessoas idosas é ainda hoje encarada como um assunto estritamente familiar, diluído na esfera doméstica, tornando-se, por isso, difícil de conhecer e provar. A dificuldade da pessoa idosa em denunciar o ato de violência de que é alvo, pelos

próprios familiares, faz com que se silencie e isole, levando a que o problema seja ocultado (Gil, 2010). Nas situações descritas, um contributo para que a situação não fosse denunciada relacionava-se com o facto das pessoas idosas não terem conexões sociais obrigatórias, como trabalho, escola, entre outros, nem apoio no âmbito de cuidados continuados, além de uma aparente rede social reduzida (Shugarman et al., 2003). As idosas em questão eram também aparentemente muito dependentes, sem possível capacidade para reconhecer ou denunciar a situação a terceiros.

Para os casos apresentados, o serviço de urgência foi o primeiro ponto de contacto da pessoa idosa, alegada vítima de violência interpessoal, com um serviço de saúde. Nesta perspetiva, foi essencial reconhecer e identificar estas situações que representavam evidente perigo, para que estas pessoas idosas não fossem devolvidas a um ambiente inseguro (Phelan, 2012). A consciencialização das equipas foi uma questão que tivemos oportunidade de trabalhar durante o estágio e é indiscutível a importância que os enfermeiros do serviço de urgência possuem na deteção desta realidade. Os casos que analisámos referiam-se a situações extremas. Muitas outras encontram-se mascaradas e aliadas a comorbilidades e problemas atípicos que a pessoa idosa apresenta, daí a dificuldade na sua identificação. Nesse sentido, e na nossa opinião, trabalhar neste campo de intervenção é uma tarefa exigente para muitos enfermeiros. Requer saberes e conhecimentos técnicos que devem ser utilizados no domínio da violência contra a pessoa idosa, para o benefício da mesma e dos próprios profissionais. Nestas situações os enfermeiros identificaram como prioridade a promoção do conforto e a segurança das pessoas idosas, aproximando-se de um modelo de enfermagem centrado na pessoa e não na doença. Com a formação da equipa hospitalar de prevenção da violência no adulto, esta problemática exigirá cada vez mais atenção e serão mobilizados mais recursos no sentido de resolver e denunciar estes casos. Muito ainda se poderá fazer neste âmbito, ainda há um longo caminho a percorrer, mas importa saber que a população idosa, cada vez mais numerosa, encontrará neste serviço, uma equipa com princípios de responsabilidade, que se compromete a cuidar com profissionalismo e dedicação, qualquer que seja a sua situação.

Referências Bibliográficas

- Gil A.P. (2010). *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Naughton, C., Drennan, J., Treacy, M.P., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A., O'Loughlin, A. & Delaney, L. (2010). *Abuse and Neglect of Older People in Ireland: Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. National Centre for the Protection of Older People, Dublin.
- Phelan, A. (2012). Elder abuse in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 20, 214-220.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2012.03.009>
- Shugarman, L.R., Fries, B.E., Wolf, R.S. & Morris, J.N., 2003. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (1), 24–31.

APÊNDICE VI

Estudo de Caso – SUG

Estudo de Caso

Outubro 2015

Um dos objetivos específicos que definimos foi o de identificar as necessidades da pessoa idosa, e/ou prestador de cuidados, utilizando instrumentos de avaliação adequados, planeando e desenvolvendo intervenções de enfermagem em Parceria com a pessoa idosa, com suspeita, em risco ou em perigo, no que diz respeito a situações violência. Nesta perspectiva, umas das metodologias que nos orientou nesse percurso foi a realização de um **estudo de caso**. Este é um estudo aprofundado dos problemas e necessidades de uma pessoa, família, grupo ou comunidade, que permite fundamentar as ações de enfermagem e proporcionar uma intervenção individual e personalizada (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Quando a pessoa idosa, pela exacerbação da sua situação, recorre ou é trazida ao SU, está a experienciar um processo de transição saúde-doença e pode manifestar incapacidade de cuidar de si (Meleis, 2012). Torna-se necessária a construção de um processo de Parceria que passe por lidar com situações de vulnerabilidade e dependência, defendendo que *“qualquer que seja a circunstância do doente idoso, ele é um ser de ação, decisão e cuidado”* (Gomes, 2013, p.94). Este modelo de intervenção em enfermagem norteou a nossa intervenção com a pessoa idosa e como tal a elaboração deste estudo de caso. Também o guião do processo de construção do processo de Parceria com a pessoa idosa vítima de Violência Interpessoal que recorre ao Serviço de Urgência (APÊNDICE IV) assumiu-se como um instrumento útil para a colheita de dados neste contexto.

Baseámo-nos também no manual de Violência Interpessoal da DGS (2014) no que concerne ao conhecimento de fatores de risco relativamente à vítima e potencial agressor.

As escalas e índices utilizados para avaliação multidimensional da pessoa idosa estão traduzidos e validados para a população portuguesa.

Todo os procedimentos éticos inerentes ao processo de colheita e tratamentos dos dados foram cumpridos, de forma a salvaguardar a identidade da pessoa.

PROCESSO DE PARCERIA

REVELAR-SE

“O enfermeiro tem uma atitude onde mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa (...) esforçar-se por conhecer a sua identidade (o que é a pessoa, quem é a pessoa) quais os seus valores, cultura, contexto de inter-relação social, mostrando respeito pela pessoa como um ser de direitos.” (Gomes, 2013, p.99)

DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA

Tivemos conhecimento do caso do Sr. D. na sua última vinda ao SU, dia 3 de outubro de 2015. A primeira vez que o vimos encontrava-se deitado numa maca há mais de um dia, na zona de ambulatório do SUG, aguardando reavaliação médica. Tinha sido trazido pelo filho que, ao ter conhecimento da possível alta do pai, alegou não ter condições para tratar dele e abandonou o serviço. Comunicámos esta situação ao chefe de equipa médica e tentámos proporcionar-lhe algum conforto imediato, sinalizámos à assistente social e a alta do Sr. D. foi protelada, procedendo ao seu internamento, até resolução social. Dois dias depois reencontrámo-lo internado, continuava deitado numa maca, num corredor do SUG. É um doente recorrente no serviço e já com uma situação social complexa, a ser acompanhado pela assistente social do Centro de Saúde.

Abordámos o Sr. D. durante o seu período de internamento e apresentámo-nos, perguntando se poderia colaborar connosco e responder a algumas questões. O processo de colheita de dados iniciou-se após o seu consentimento e, apesar do local menos adequado, tentámos proporcionar-lhe alguma privacidade através da colocação de um biombo. O Sr. D. era pouco comunicativo e algumas questões não respondeu. Tivemos em atenção o uso de linguagem clara e pausada, não usando termos técnicos, mostrando simpatia e disponibilidade. Algumas informações foram colhidas através do sistema informático *Alert*.

CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA

O Sr. D. tem 78 anos, biótipo humano branco. Tem nacionalidade portuguesa e é natural de uma cidade do Litoral, onde reside atualmente. Vive atualmente da

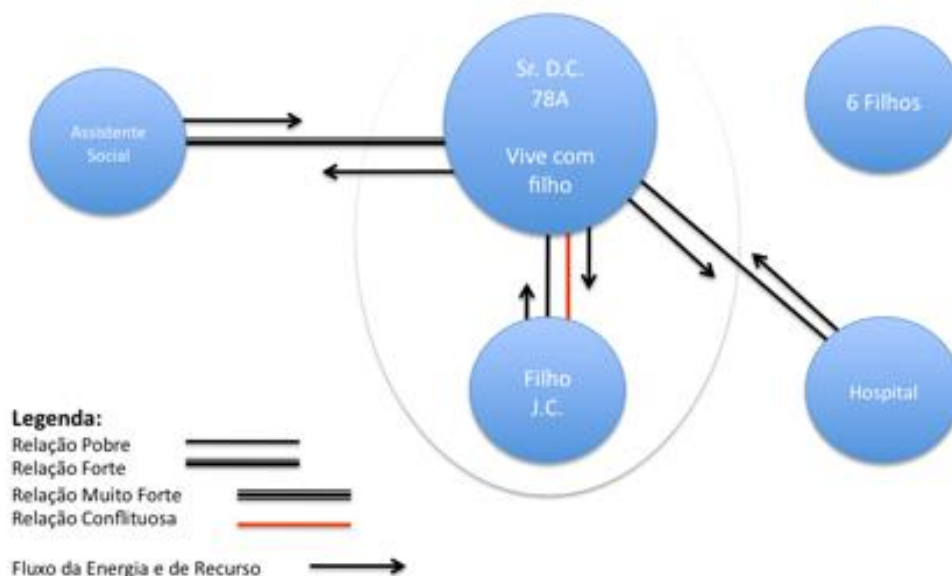
sua reforma e refere que era funcionário público, tendo estudado até ao 4º ano de escolaridade. É de religião católica, embora não praticante.

Viúvo há vários anos e com 7 filhos, sendo que apenas mantém relação com um deles.

CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA

O Sr. D. vive com um filho numa casa arrendada. Esse filho é toxicodependente e não trabalha. A casa encontra-se “*em muito mau estado de higiene*” (Alert). Não mantém nenhum tipo de relação com os outros filhos e não se mostra muito disponível para falar desse assunto. A única rede de apoio de que dispunha era a assistente social do Centro de Saúde que estava a par da situação. Já tinha sido realizado um pedido de intervenção do Ministério Público para permitir à Segurança Social a gestão do caso. Neste episódio de internamento estavam a ser reunidas condições para transferir, assim que fosse possível, o Sr. D. para uma instituição.

Elaborámos o seguinte ecomapa, de modo a representar graficamente as ligações do Sr. D. às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita (Agostinho, 2007,).



CONHECER A HISTÓRIA DE DOENÇA DA PESSOA IDOSA

O Sr. D. tem tido várias vindas ao SUG. Desde 2007 contam-se 27 episódios, sendo que os últimos 14 decorreram desde Janeiro de 2015. Este internamento foi motivado por recusa alimentar, incontinência vesical, agravamento do estado geral e por manter queixas de dor lombar. Estas queixas de lombalgia são recorrentes desde 2010, com episódios de observação em ortopedia e sido diagnosticado com lombalgia crónica. Em Setembro deste ano terá realizado uma TAC pélvica e abdominal onde se verificou a existência de uma massa a nível do rim direito, com duvidosa invasão da veia renal. Foi evidente ainda a existência de massa a nível da asa esquerda do íliaco com sinais de fratura e destruição óssea, assim como aspetos patológicos evidentes ao nível do fígado, baço e pâncreas. Terá tido alta, medicado e referenciado para consulta externa de urologia oncológica com o diagnóstico de doença invasiva num estadio avançado.

Neste episódio também terá tido alta mas o filho recusou-se a levar o pai para casa alegando não ter condições para tratar dele. Acabou por não ter a consulta de urologia, onde teria indicação para realização de biópsia renal, e a decisão médica recaiu na referenciação para cuidados paliativos.

Tem como antecedentes pessoais:

- Hipertensão arterial;
- Insuficiência venosa crónica dos membros inferiores;
- Hiperplasia benigna da próstata;
- Cirurgia lombar;
- Insuficiência cardíaca;
- Angina de peito;
- Depressão;
- Ex-fumador.

Não tem alergias conhecidas.

A terapêutica que fazia em ambulatório era a seguinte:

- Lopressor 100mg
- Propanolol 40mg

- Finasterida 5mg
- Cloridrato de Mebeverina 200mg
- Beta-histina 16mg
- Dicloridrato de trimetazidina 20mg
- Lorazepam 2,5mg SOS

Em diário clínico são feitas várias alusões à baixa adesão terapêutica devido a questões financeiras. Em internamento encontra-se medicado com piperacilina-tazobactam e já fez amoxicilina-ácido-clavulânico. Para a dor tem prescrito tramadol e butilescopolamina.

AVALIAÇÃO FÍSICA E SENSORIAL

- **Pele e mucosas:** descoradas e desidratadas
- **Membros inferiores:** integridade cutânea mantida, sem edemas nem sinais de trombose venosa profunda
- **Abdómen:** mole e depressível, não doloroso à palpação.
- **Dentição:** peças dentárias em falta; não usa prótese
- **Visão:** pupilas isocóricas e normoreativas; não usa óculos durante o internamento
- **Audição:** mantida
- **Fala:** lentificado, pouco colaborante
- **Sinais Vitais:** hemodinamicamente estável, com tensão arterial de 130/72mmHg; frequência cardíaca de 95bpm, pulso cheio e rítmico; normotérmico.
- **Dor:** queixas de lombalgia esporádicas.
- **Altura:** 178cm
- **Peso:** 65kg

CONHECER A HISTÓRIA/EXPERIÊNCIA RELACIONADA COM A VIOLÊNCIA.

Para este item baseámo-nos no Manual de Violência Interpessoal (DGS, 2014) e considerámos ser relevante conhecer a história não só do Sr. D, mas também no filho, em relação aos fatores de risco para a violência. Como não

tivemos oportunidade de contactar com este último, a informação foi colhida junto do Sr. D e no sistema informático *Alert*

Os fatores de risco relacionados com a vítima que pretendemos avaliar dizem respeito ao grau de incapacidade física e intelectual, à presença de demência e perturbação mental, assim como à existência de comportamentos agressivos e desafiantes (DGS, 2014).

Conhecimento do tempo de dependência do cuidador

O Sr. D. tornou-se mais dependente a partir de 2007, altura em que iniciou dificuldade na marcha.

Dependência financeira do cuidador?

Não depende financeiramente do cuidador e vive da sua reforma.

Grau de incapacidade física ou intelectual

Tal como está patente no guião que elaborámos, neste item recorreremos à **avaliação multidimensional** da pessoa idosa que, pelas suas especificidades e características devem ser sistematicamente avaliadas numa perspetiva global (Rodrigues et al, 2015). Essa avaliação foi possível através do uso de diversos instrumentos.

Para a **avaliação do estado cognitivo** procedemos à observação direta e à aplicação do **Mini-Mental State Examination (MMSE)**. Este instrumento tem sido utilizado em ambientes clínicos, para a deteção do declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e na monitorização de resposta aos tratamentos (Lourenço & Veras, 2006). A cognição é um conjunto de capacidades mentais que permitem à pessoa compreender e resolver os problemas do quotidiano, sendo responsável pela capacidade de decidir (Moraes, 2012).

Neste internamento o Sr. D. tem alternado períodos de calma com agitação e estão descritas oscilações do seu estado cognitivo. O score obtido no **MMSE foi de 15 pontos** (num total de 30) o que comprova a existência de défice cognitivo (score inferior a 22) e que está de acordo com o quadro de “queda do estado geral” que motivou a vinda à urgência (APÊNDICE I). Estando descritas essas oscilações do estado cognitivo e, embora não estivesse contemplado no guião que elaborámos, considerámos ser pertinente avaliar a existência de um estado confusional ou *delirium*. Este estado é definido por um início agudo, curso flutuante, distúrbios da

consciência, atenção, orientação, memória, pensamento, percepção e comportamento, cada vez mais comum entre doentes hospitalizados, principalmente em pessoas idosas (Lôbo et al, 2010). Para a sua avaliação aplicámos a escala de ***Confusion Assessment Method (CAM)*** validada para a população portuguesa por Sampaio e Sequeira (2013). Segundo estes autores é um instrumento de rápido preenchimento que avalia os seguintes itens: início agudo, falta de atenção, pensamento desorganizado, alteração do nível de consciência, défice de memória, distúrbios perceptuais, agitação psicomotora e alteração do ciclo sono-vigília. A observação do Sr. D. durante alguns turnos, a leitura das notas de enfermagem e a utilização prévia do MEEM, levaram-nos a comprovar a existência de episódios de confusão mental. Havia evidência de uma mudança aguda do seu estado, daí as oscilações do estado cognitivo descritas, assim como verificámos várias vezes a dificuldade em focalizar a sua atenção e em acompanhar o que lhe era dito. Constatámos a existência de alguma desorientação no tempo e espaço e embora medicado, continuava a apresentar alterações do padrão do sono durante o internamento.

Aparentemente o Sr. D. encontrava-se num estado de dependência face a outros, nomeadamente ao filho, tendo este recusado manter esse tipo de relação e optar por não levar o pai para o domicílio. Para a **avaliação do estado funcional** e dando continuidade ao que estava descrito no guião para a avaliação do estado grau de incapacidade física e intelectual recorremos à utilização do ***Índice de Barthel*** (APÊNDICE II) visto ser um instrumento já utilizado no serviço. Avalia a independência na realização de 10 atividades básicas de vida diárias (ABVD) e após a sua aplicação obtivemos um resultado que nos leva a concluir um grau de dependência severa do Sr.D..Destacamos, neste âmbito, a incontinência vesical, que também motivou a vinda à urgência, determinando, em conjunto com a necessidade de avaliação do débito urinário, que fosse algaliado durante o períodos de internamento.

Recorremos também ao uso da ***Escala de Lawton e Brody*** (APÊNDICE III) para avaliar a autonomia do Sr. D. na realização das atividades instrumentais de vida diárias (AIVD's). Este instrumento permite avaliar a autonomia da pessoa idosa em 8 AIVD's através da aplicação de um questionário. O score obtido foi compatível com a existência de dependência grave o que pressupõe a necessidade de muita

ajuda na realização dessas atividades e indo ao encontro da situação social complexa em que se encontra o Sr. D..

Um dos itens que tínhamos considerado avaliar e que nestas circunstâncias fazia todo o sentido, dado a recusa alimentar que motivou o internamento, dizia respeito à avaliação nutricional da pessoa idosa. As alterações no estado nutricional podem encontrar-se afetadas pelo próprio processo de envelhecimento e a identificação da pessoa idosa desnutrida em meio hospitalar, e a sua interpretação, são essenciais no processo de terapia nutricional, já que a desnutrição é comum na população geriátrica (Gaino, Leandro-Merhi & Oliveira, 2007). O Sr. D. apresentava-se emagrecido e com sinais de desidratação. Da análise das notas de enfermagem e através da observação verificámos que inicialmente se alimentava sozinho, mostrando algum apetite que, ao longo dos turnos, foi progressivamente perdendo. Usámos o **Mini Nutritional Assessment** (APÊNDICE IV) para proceder à avaliação do seu estado nutricional pois é um instrumento simples, de baixo custo e não invasivo, que pode ser realizado junto à pessoa idosa no leito (Gaino, Leandro-Merhi & Oliveira, 2007). Os resultados comprovam o estado de desnutrição do Sr. D., reflexo de um estado clínico debilitado e de uma situação social pouco favorável.

Considerámos ainda, dentro da avaliação funcional, avaliar a marcha do Sr. D. de acordo com a **Classificação Funcional da Marcha de Holden** (APÊNDICE V). É uma escala que determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas) (Germi, 2012). Esta observação foi colhida através da observação direta do Sr. D., durante o internamento, e obteve-se um score de 1 – marcha dependente nível II, o que significa que necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Dada esta dificuldade do Sr. D. e de acordo com as contingências de um serviço tão exigente a nível físico, eram raras as vezes em que se procedia seu ao levantar. Passava a maior parte do tempo deitado ou sentado na maca. Em diário clínico apurámos que o Sr. D. tinha perdido autonomia da marcha há cerca de um mês e que se deslocava de cadeira de rodas.

Na sequência da avaliação funcional do Sr. D. procedemos à avaliação do seu risco de queda. Este traduz-se num indicador de qualidade em saúde e os enfermeiros têm um papel fundamental na formação e criação de ambientes seguros e normas que visem a sua prevenção (Barbosa et al, 2015). Recorremos à **Escala de Morse** (APÊNDICE VI) que contempla seis parâmetros: história de quedas nos

últimos 3 meses, existência de diagnóstico secundário, necessidade de ajuda na mobilização, terapêutica endovenosa, características da marcha e estado mental e obtivemos um resultado de 35, indicativo para um médio risco de queda, sendo que o Sr. D. não tinha episódios de quedas anteriores, encontrava-se em maca a maior parte do tempo e nunca demonstrou desejo de sair dela ou de deambular.

O último item que nos propusemos a avaliar ainda no âmbito da avaliação funcional diz respeito ao risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UPP) no Sr. D.. As UPP são consideradas um problema de saúde pública, de grande relevância para o setor da saúde, porque a sua causalidade reflete o cuidado que está a ser prestado à pessoa, além de serem consideradas evitáveis (Ayala, Galende & Stoeberl, 2016). No SUG a avaliação das UPP é feita através do preenchimento da **Escala de Braden** (APÊNDICE VII) no momento da admissão do doente e diariamente, no turno da manhã. No caso do Sr. D esta avaliação fazia todo o sentido pois apresentava fatores de risco como a desnutrição e baixo índice de massa corporal, problemas de saúde física, idade avançada e também dificuldades cognitivas. Comtempla 6 dimensões: percepção sensorial, humidade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, apresentadas na tabela seguinte juntamente com os resultados da avaliação.

Determinantes/fatores de risco		
Perceção sensorial	Ligeiramente Limitada – 3	Descritos episódios de agitação mental e de oscilações do estado cognitivo
Exposição à humidade	Pele ocasionalmente húmida – 3	Presença de fralda; sudorese
Atividade	Acamado – 1	Utente no leito, em maca
Mobilidade	Muito limitada – 2	Precisa de auxílio para os posicionamentos
Nutrição	Provavelmente inadequada – 2	Raramente come uma refeição completa, foi perdendo gradualmente o apetite.
Fricção e forças de deslizamento	Problema potencial – 2	Utente na maca a maior parte do tempo; necessários posicionamentos

O score obtido (13 pontos) através da aplicação da escala de braden remete-nos para um alto risco de desenvolvimento de UPP, daí que, após esta avaliação, tivemos o cuidado de intervir, junto da equipa, no sentido de melhorar o seu conforto. A alternativa viável que encontrámos, embora estivesse numa maca, foi a colocação de colchão anti-escaras e ponderar a transferência para uma cama assim que tal fosse possível.

História de demência?

Após a avaliação do grau de incapacidade física e mental, o guião elaborado sugeria a avaliação de história de demência. Embora ainda relacionada com a capacidade intelectual, surge aqui, no âmbito da violência interpessoal, como um dos principais fatores de risco, daí a pertinência na sua avaliação (DGS, 2014). Em diário clínico encontrámos relatos médicos de Alzheimer. Já teria sido encaminhado para consulta de neurologia mas não conseguimos apurar se realmente foi observado nesse sentido. Em fevereiro do corrente ano terá sido encontrado desorientado na via pública. Nesse episódio as entidades policiais terão chamado os bombeiros e foi trazido para o SUG, onde manifestou quadro de confusão e agitação. Para a avaliação do grau de demência aplicámos o instrumento ***Clinical Dementia Rating*** (CDR) (APÊNDICE VIII) que avalia seis categorias: memória, orientação, julgamento e soluções de problemas, relações comunitárias, lar e passatempos e cuidados pessoais (Montaño & Ramos, 2005). O resultado que obtivemos é compatível como uma classificação final de demência leve. Em situações diversas, e frequentemente na pessoa idosa, associadas à demência podem estar manifestações depressivas o que dificulta o diagnóstico de ambas (Sequeira, 2010). Neste sentido, e como está refletido no guião de colheita de dados, a avaliação da depressão era o item seguinte.

História de depressão?

A depressão do Sr. D. já era conhecida e apresentava vários episódios de urgência no âmbito da psiquiatria, relatando o seguinte: *“vou-me matar e mato mesmo se morar com ele”* (referindo-se ao filho); *“eu disse que me queria matar por causa da discussão, mas não vou fazer nada disso, não tenho mais ninguém”*. Do seu discurso atual, embora pobre e lentificado, emergiam ideias negativas e

pessimistas em relação à sua situação e ao seu futuro. Também a depressão é considerada um dos principais fatores de risco para a violência contra a pessoa idosa (DGS, 2014). Para avaliarmos recorreremos à utilização da **Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta** (APÊNDICE IX). Esta versão é composta por 15 questões e, tal como a versão longa (de 30 questões), foi desenvolvida em 1983 por Yesavage e seus colaboradores como um instrumento de triagem amplamente utilizado na avaliação geriátrica global. Avalia aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão na pessoa idosa (Germi, 2012). Como era de prever, o resultado da sua **aplicação foi compatível com a existência de uma depressão grave**. Estavam descritas também alterações do padrão do sono desde Julho de 2015, altura em que terá sido medicado com Lorazepam. No entanto, refere que continuava sem conseguir dormir devido às dores que tinha.

História de comportamento agressivo e desafiante (presente ou passado)?

Preocupamo-nos em perceber, no contexto da violência, se existia história de comportamentos agressivos ou desafiantes por parte do Sr. D e encontrámos, em *Alert*, o seguinte relato, descrito pelo psiquiatra, através de uma conversa com o filho, num dos episódios de urgência: *“mora com o pai, que esta manhã foi agredido por ele, que o senhor anda muito agressivo desde há algum tempo (...)”*. O comportamento agressivo, por parte da vítima, constitui também um dos principais fatores de risco para a violência (DGS, 2014). Durante o internamento, apesar de períodos de agitação e confusão mental, nunca demonstrou ser agressivo com os profissionais.

Existência de indicadores físicos suspeitos

Em relação ao Sr. D., não observámos diretamente a existência de indicadores que comprovassem ocorrência de agressões físicas. Em diário clínico encontrámos os seguintes relatos: *“refere que foi espancado a semana passada e sofre maus tratos pelo filho”*; *“segundo a equipa do INEM, no local o filho apresentou-se com alguma agressividade, tentando recusar o transporte do pai ao hospital, sendo necessária a presença da PSP”*; *“pede bolachas para comer, diz que*

não deseja morar com o seu filho”; “o doente apresenta-se com deterioração progressiva do seu estado – maus tratos”.

No entanto, tendo em linha de conta que a violência assume diversas formas, e para uma melhor avaliação do seu risco, de acordo com sinais e sintomas, considerámos pertinente a utilização de uma escala própria, traduzida e validada para a população portuguesa, o **Elder Assessment Instrument** (EAI) (APÊNDICE X). Este instrumento contempla as diversas formas que a violência pode assumir e orienta os profissionais na sua deteção, podendo ser aplicado em vários contextos clínicos (Fulmer, 2008). Da sua aplicação emerge a ideia de uma evidente negligência que se traduz em aspetos como a não adesão terapêutica apesar de existir relatos em que o filho se comprometia a comprar a medicação. O deficiente estado nutricional também poderá ser indicador dessa negligência. Há indícios de abandono, sugeridos em relatos do próprio doente assim como uma possível exploração financeira dado o filho depender da reforma do pai e manter hábitos toxífilicos. Este instrumento apresenta algumas limitações e deveria ser mais coerente com a literatura atual. Refere-se ao abuso, onde inclui as agressões físicas e abuso sexual; tem em consideração a dimensão do abandono mas não faz referência à violência psicológica, por exmplo.

Desta avaliação da história/experiência relacionada com a violência no Sr. D. podemos verificar que existem diversos fatores de risco associados. Temos o Sr. D., uma pessoa idosa com 78 anos, com um elevado grau de dependência física e intelectual. Apurámos ainda a existência de um leve grau de demência assim como um estado de depressão marcado. Existem relatos de alegados comportamentos agressivos por parte do Sr. D.. Desta avaliação que efetuámos consideramos que estão reunidas condições para a ocorrência de violência interpessoal, assim como é descrito na literatura.

Os fatores de risco relacionados com filho, e potencial perpetrador, que pretendíamos identificar relacionavam-se com aspetos que já fomos referindo e que estão descritos como fatores de risco para a violência contra a pessoa idosa (DGS, 2014). Nunca tivemos contacto com o Sr. J. e esta informação foi colhida através dos diários em *Alert* e da entrevista ao Sr. D.

Depende financeiramente da pessoa que cuida?

Nessa perspectiva, temos um filho desempregado e dependente do pai, embora não tivéssemos conseguido apurar se dispunha de algum subsídio.

História de depressão?

Não há conhecimento.

História de consumo de substâncias (álcool ou drogas)?

História atual de toxicodependência, que se tem agravado ao longo dos anos.

História de violência já relatada?

Em diário clínico apurámos a existência de pelo menos um episódio de abandono do pai, assim como agressões verbais. Também há relatos que indicam agressões como já referimos anteriormente: *“refere que foi espancado a semana passada e sofre maus tratos pelo filho”*

Sobrecarga enquanto cuidador?

Neste âmbito a ideia era aplicarmos a *Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit* mas não foi possível porque o filho não compareceu no horário das visitas. No entanto, neste episódio de urgência, após a alta do pai, referiu que já não conseguiria cuidar dele no domicílio (descrito em diário).

Apoio Social?

Assistente Social do Centro de Saúde já com conhecimento do caso e Assistente Social hospitalar a tentar resolver a atual situação.

Foi o próprio a procurar os cuidados de saúde?

Neste episódio o Sr. J. foi o próprio a trazer o pai ao hospital, devido às suas queixas de dor e recusa alimentar. Há relato anterior em que terá evitado a sua vinda: *“segundo a equipa do INEM, no local o filho apresentou-se com alguma agressividade, tentando recusar o transporte do pai ao hospital, sendo necessária a presença da PSP”*.

Perante este conhecimento de fatores de risco na violência contra pessoas idosas, tanto relacionados com o Sr. D como com o seu filho, pudemos constatar que existe um relacionamento conflituoso entre ambos. Estes dados que obtivemos são coerentes com a literatura que descreve os fatores de risco entre vítima e potencial perpetrador. Nessa perspetiva temos a dependência financeira, emocional e habitacional do filho face ao Sr. D., assim como existem indícios de uma transmissão intergeracional da conduta violenta. Existem relatos de violência de ambas as partes, com uma história já prolongada de relacionamento interpessoal difícil.

A nível comunitário há evidência de isolamento social pois o Sr. D. relata que se encontra praticamente confinado ao domicílio, vivendo sozinho com o filho e sem outros contactos sociais. Embora a nível social a situação já estivesse sinalizada até ao momento deste episódio mantinha-se inalterada.

ENVOLVER-SE

“O enfermeiro demonstra ter consciência dos efeitos da importância do tempo para os doentes idosos, pelo que, procura estruturar os tempos de relação de modo a que esteja disponível para escutar, demonstrar disponibilidade, solicitude, preocupação, uma atitude centrada na pessoa; demonstra respeito pela identidade do doente idoso e pelo espaço de identidade deste; promove o cuidado em ambiente seguro (...)” (Gomes, 2013, p.100)

Nesta fase do processo de Parceria procurámos mostrar disponibilidade para ouvir o Sr. D. e permitir que partilhasse os seus sentimentos. Através de competências técnicas, relacionais e de comunicação, o enfermeiro procura reconhecer o que motiva e faz sentido para a pessoa idosa, para em conjunto, identificarem possibilidades e recursos para o cuidado de Si (Gomes, 2009).

No âmbito da violência estão descritos alguns passos a ter em consideração e que considerámos relevante aliá-los a esta fase do processo de Parceria. Deste modo, como já tivemos oportunidade de referir, a nossa colheita de dados iniciou-se em regime de internamento, enquanto o Sr. D. se encontrava em maca num corredor, local de passagem de profissionais, doentes e acompanhantes. Consideramos que este factor possa ter sido inibidor ao nível da entrevista e no momento tentámos proporcionar alguma privacidade colocando um biombo. Após

apresentarmos-nos e obtermos a sua autorização para a colheita de dados, explicando os objetivos da entrevista e garantindo a sua confidencialidade, sentámo-nos junto dele. Tentámos manter uma linguagem clara e pausada, usando termos simples para uma fácil compreensão de modo a facilitar a comunicação e a expressão de sentimentos. O profissional deverá adequar a linguagem ao utente, nomeadamente em situação de especial vulnerabilidade como em (...) pessoas idosas e/ou dependentes, adaptando o discurso à respetiva idade, etapa de desenvolvimento ou grau de entendimento (DGS, 2014). Preocupámo-nos em manter uma escuta ativa, sem emissão de juízos de valor. Embora pouco comunicativo, e estando descritos episódios de confusão e agitação, conseguimos ouvi-lo e perceber o que o preocupava. Não julgámos a sua situação nem o questionámos sobre o porquê de ter arrastado a sua situação até ao momento.

O profissional deverá seguir uma sequência lógica de perguntas, das mais gerais e indiretas para outras mais concretas e diretas (DGS, 2014). Questionámo-lo acerca do seu passado, cidade onde nasceu, o seu casamento e filhos, até ao momento em que se relaciona e habita apenas com um deles. O seu discurso apresentou-se sempre lentificado e tentámos sempre respeitar o seu ritmo. Refere que ficou viúvo há alguns anos, não sabendo precisar quantos. Teve sete filhos mas que não sabe o que passa com seis deles, só um vive com um.

Tentámos conhecer a perceção que o Sr. D. tinha da sua atual situação e se tinha acontecido algo que o tivesse deixado angustiado, se alguma vez se sentiu magoado ou ameaçado por alguém. Nesse sentido referia sentir-se “*mesmo doente e sem capacidade para nada*”. Mostrava uma fâcies triste e referia que a sua preocupação era a de não ter ninguém que se preocupasse com ele. “*os filhos não querem saber de mim, têm a vida deles*”. Não se referiu a este filho que coabitava com ele. No entanto, em diário clínico havia relatos do próprio em relação a atitudes deste filho: “*maltrata-me*”; “*abandonou-me*”; “*não quero morar com ele*”.

Indo ao encontro da situação de violência tentámos perceber os seus receios, se estava a vivenciar alguma situação problemática ou se existia algum problema com a pessoa que lhe prestava cuidados. As preocupações que relatava recaíam na falta de recursos económicos e na falta de interesse por parte da família. Considerámos também relevante conhecer se existiam necessidades de apoio a nível da higiene, para se vestir, para ir às compras, ao banco, preparar refeições, ou se se sentia isolado de família, amigos e atividades. Nesse sentido, já sabíamos que

nesta altura o Sr. D. mantinha-se isolado e passava a maior parte do tempo em casa, tendo perdido a capacidade para a marcha há cerca de um mês. Recorria ao auxílio de cadeira de rodas. Segundo o que apurámos junto da assistente social da comunidade e das equipas de socorro que se deslocavam a sua casa, esta estava em muito más condições de higiene. Procurámos saber se o Sr. D. já se tinha sentido privado de receber comida, água, dormir ou cuidados médicos, assim como se já tinha sido forçado a fazer coisas contra a sua vontade (como por exemplo assinar documentos permitindo a utilização do seu dinheiro e pertences). O que conseguimos perceber nesse âmbito é que o Sr. D. foi perdendo o apetite até chegar à situação de recusa alimentar. Em internamento alimentava-se sozinho e na maior parte das vezes, da totalidade da refeição. O padrão do sono encontrava-se alterado devido às suas dores e como não cumpria medicação, devido a contingências económicas, a situação mantinha-se inalterada. Em internamento, estão relatados episódios de confusão mental, associados a agitação, durante o período nocturno. Em relação às questões de gestão financeira, atualmente o seu dinheiro, fruto da sua reforma, era gerido pelo filho.

Durante todo o curso da entrevista tentámos observar as atitudes e o estado emocional do Sr. D.. Nesse sentido mostrou-se muitas vezes renitente em falar da sua vida, mas quando o fazia mostrava-se revoltado e gesticulando com frequência.

CAPACITAR

“Capacitar é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir (...) o enfermeiro desenvolve um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado, ou seja, com partilha de responsabilidade e poder em que mobiliza a singularidade da pessoa para ajudar a transformar capacidades potenciais em reais, para que a pessoa idosa possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si” (Gomes, 2013, p.101)

Nesta fase do processo de Parceria pretendíamos a construção de uma ação conjunta com o Sr. D. para que este assumisse o controlo de Si. Neste sentido abordámos o tema da violência e o que se passou especificamente com ele, tendo o cuidado de não o culpabilizar pela situação. Questionámo-lo acerca da sensação de medo e referiu que nunca o sentiu, e assegurámos, para todos os efeitos, que neste momento se encontrava em segurança. Explicámos que existe muita

resistência por parte das pessoas em reconhecer estas situações como um problema e que por vezes se arrastam durante muito tempo, até anos, mas que, no entanto, podem ser resolvidas atempadamente. Informámos o Sr. D. que, em caso de alta clínica, a melhor opção não passa por voltar a casa mas sim para um local onde possa ser tratado de uma maneira diferente. Explicámos que a mudança seria a opção mais adequada e que tinha ao seu dispor uma equipa de médicos, enfermeiros e assistente social para tratar de si e acompanhá-lo naquilo que precisasse. Neste momento o Sr. D. não verbalizou a sua vontade. Reforçámos sempre a ideia de confidencialidade e de que toda a equipa o respeitava nas suas decisões. Esclarecemos que a sua situação necessitava ser denunciada e as autoridades competente tentam resolver tudo da melhor maneira.

POSSIBILITAR

“Possibilitar implica estar presente e ter cuidado com o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível, no sentido de antecipar complicações, permitir que a pessoa possa ter conforto e bem-estar e prosseguir na sua trajetória de vida, preservando a sua identidade no contexto social” (Gomes, 2013, p.103)

Nesta fase pretendíamos promover o cuidado do Outro. Teve início no momento em que sinalizámos a situação ao chefe de equipa médica, após termos conhecimento de que havia recusa por parte do filho em levá-lo para casa, alegando não reunir condições para tratar do pai. Na altura preocupámo-nos em perceber se ainda mantinha o quadro de dor e se já tinha sido alimentado, uma vez que tinha sido trazido por dor e por recusa alimentar. Não verbalizava dores e referiu que já não comia há algumas horas. Nesse sentido pedimos o pequeno-almoço à assistente social da zona de ambulatório. Mostrou apetite e alimentou-se da totalidade da dieta.

Contactámos a assistente social de serviço e esta já tinha conhecimento deste caso através da assistente social da comunidade. Já estava em curso um pedido de intervenção ao Ministério Público para permitir à Segurança Social gerir o caso. Dada a situação de desajustamento social optou-se pelo internamento

Tivemos o cuidado de registar esta situação em diário clínico e, no final do turno, também o registámos em livro de ocorrências.

“(...) desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa (...)” (Gomes, 2013, p.103)

Elaborar planos de cuidados foi a estratégia que encontrámos para organizar as intervenções a realizar junto do Sr. D.. São o reflexo do esforço conjunto que tivemos para que assumisse o seu cuidado, ou para que a equipa o fizesse. Foram formulados de acordo com os principais problemas identificados em regime de internamento, através da avaliação numa perspetiva multidimensional, e sempre com base no estabelecimento de uma relação de confiança, uma partilha de poder e uma ação negociada, onde todos os elementos se comprometeram a atingir os objetivos terapêuticos (Gomes, 2013). Desde modo, e tendo em consideração aquilo onde poderíamos intervir prioritariamente, identificámos os seguintes problemas:

1. **Estado confusional**, de acordo com os períodos de confusão, agitação e oscilações cognitivas, observados e descritos. A utilização dos instrumentos MMSE, CAM e CDR permitiram também comprovar a existência deste problema.
2. **Padrão do sono alterado**, relacionado com as dores que verbalizava e com um ambiente de cuidados pouco propício ao repouso.
3. **Tristeza**, relacionada com depressão grave. Este estado depressivo já era conhecido, com vários episódios de urgência no âmbito da psiquiatria e corroborado com a utilização da escala de depressão geriátrica de Yesavage.
4. **Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão**, comprovado através do uso da escala de Braden.
5. **Alteração da nutrição**. Embora o MNA fosse compatível com um estado evidente de desnutrição (recusa alimentar no domicílio ou potencial dificuldade económica para aquisição de alimentos?), durante a fase inicial do internamento, o Sr. D., alimentava-se com apetite que foi progressivamente perdendo.
6. **Dor crónica**, relacionada com a doença invasiva diagnosticada.

Estes problemas conduziram-nos à formulação de diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia NANDA (Ackley et al., 2013). Os resultados esperados, as intervenções de enfermagem realizadas e os compromissos estabelecidos em Parceria, relacionados com os mesmos, encontram-se esquematizados nas tabelas seguintes:

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em Parceria
<p><u>Risco de Confusão Aguda</u>, relacionado com demência, dor, flutuação no ciclo sono-vigília, desnutrição/desidratação, idade (>60 anos), medicação múltipla</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Sr. D. se mantenha calmo • Que não apresente incidentes relacionados com episódios de confusão aguda (quedas ou exteriorização de acessos venosos periféricos, por exemplo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar, no início de cada turno, o estado cognitivo do Sr D.; • Explicar os procedimentos que vamos realizar e apresentarmo-nos; • Comunicar de forma calma e pausada; • Orientar para a realidade e para o espaço onde se encontra; • Promover, sempre que possível, um ambiente seguro e calmo: reduzir luminosidade e ruído nos períodos noturnos; • Utilizar dispositivos que promovam a segurança (grades da maca elevadas e mantê-la travada e na posição mais baixa); • Vigiar sinais de ansiedade, desorientação e confusão; • Monitorizar sinais vitais, nomeadamente dor; • Explicar o risco de queda e as suas consequências; • Promover, junto dos enfermeiros e assistentes operacionais, conhecimento sobre estas alterações de comportamento dentro do contexto de doença do Sr. D.; • Dar conhecimento destes comportamentos ao médico responsável, de modo a otimizar terapêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromisso de manter regime terapêutico adequado (ao quadro de dor e em SOS, para os episódios de agitação, insónia); • Compromisso de manter ambiente seguro e calmo, • O Sr. D. reconheceu que está internado no hospital; • O Sr. D. assumiu que não poderá realizar levantes sozinho devido ao risco de queda • As equipas de cuidados reconheceram que estes comportamentos são inerentes ao contexto de doença;

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em Parceria
<p><u>Padrão do sono prejudicado</u>, relacionado com falta de privacidade, iluminação, interrupções, ruído, dor, depressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> Que o Sr. D. apresente um padrão de sono adequado 	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer hábitos de sono que o Sr. D. tinha no domicílio; Abordar o Sr. D. no sentido de perceber porquê de não conseguir descansar; Evitar períodos prolongados de repouso durante o dia; Promover, sempre que possível, um ambiente seguro e calmo: reduzir luminosidade e ruído nos períodos noturnos; Reduzir as intervenções dos profissionais de saúde durante o período da noite; Promover o posicionamento confortável durante a noite; Fornecer ceia – chá ou leite quentes, de acordo com preferência do Sr. D.; Recorrer a medicação SOS para alívio da dor e dos quadros de agitação Otimizar a fralda; Promover o cumprimento destas intervenções junto de enfermeiros e assistentes operacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Compromisso de manter regime terapêutico adequado (ao quadro de dor e em SOS, para os episódios de agitação, insónia); O Sr. D. reconheceu a importância de cumprir o regime terapêutico e de informar sempre que sentir dor; O Sr. D. reconheceu a necessidade de pedir auxílio na alternância de decúbitos e na otimização da fralda; As equipas reconheceram a importância da promoção de um ambiente calmo e no fornecimento de ceia de acordo com as preferências do Sr. D..

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em Parceria
<p><u>Tristeza crônica</u>, relacionada com experiência de doença, depressão, relação conflituosa com filho, desajustamento social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Sr. D. interaja com a equipa e verbalize os seus sentimentos • Que o Sr. D. se sinta em segurança, física e psicologicamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a expressão de emoções, sentimentos e dificuldades; • Mostrar disponibilidade para falar e promover escuta ativa; • Comunicar de forma calma e pausada; • Demonstrar empatia e compreensão da experiência pela qual o Sr. D. está a viver; • Promover, sempre que possível, um ambiente seguro e calmo; • Respeitar o ritmo do Sr. D. e usar o silêncio, quando adequado; • Permanecer presente sem esperar reações de interação; • Facilitar o envolvimento do Sr. D. nos próprios cuidados e interação com a equipa; • Demonstrar ao Sr. D. que está em segurança e que, no momento de alta, irá continuar em segurança com o apoio de equipas especializadas no seu cuidados; • Promover o cumprimento do regime terapêutico e comunicar com médico psiquiatra, se necessário, para prescrição ou otimização de terapêutica anti-depressiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • O Sr. D. manteve períodos de tristeza alternados com períodos em que se mostrou mais comunicativo; • O Sr. D. mostra sentir-se seguro durante o internamento e verbaliza sentimentos relacionados com abandono por parte do filho e que não deseja voltar à situação em que estava; • A equipa de enfermagem mostrou uma atitude empática e compreensiva para o Sr. D.;

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em Parceria
<p><u>Risco de integridade da pele prejudicada,</u> relacionado com estado nutricional prejudicado, emagrecimento, redução na mobilidade, presença de fralda, redução da sensibilidade devido a demência e idade avançada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Sr. D. reconheça a necessidade de pedir auxílio para se mobilizar no leito • Que o Sr. D. mantenha a integridade cutânea e não desenvolva UPP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar a Escala de Braden para monitorização do risco de desenvolvimento de UPP; • Proceder a avaliação do risco nutricional (MNA); • Avaliar a pele em todos os turnos (no momento dos cuidados de higiene e conforto, por exemplo) e sempre que se justifique; • Incentivar a mobilização no leito por parte do Sr.D. e pedir auxílio quando manifestar dor ou desconforto, explicando as complicações da imobilidade; • Realizar posicionamentos de acordo com a situação clínica e elevar a cabeceira ao máximo apenas nos momentos das refeições; • Negociar os posicionamentos mais adequados com a pessoa idosa; • Evitar posicionamentos sobre proeminências ósseas e evitar massagem nessas áreas; • Garantir a inexistência de pregas na roupa da cama; • Proceder ao alívio total da pressão na região dos calcâneos; 	<ul style="list-style-type: none"> • O Sr. D. não desenvolveu nenhuma UPP durante o período em que permaneceu internado; • O Sr. D. comunicou à equipa quando teve necessidade de ser auxiliado nos posicionamentos, preferindo sempre os decúbitos laterais em detrimento dos dorsais (posição de alívio devido a lombalgia); • Em alguns turnos, conseguimos fazer levantar para cadeirão, o qual o Sr. D. não tolerava muito tempo. • As equipas asseguraram as condições ideais no leito para evitar o desenvolvimento de UPP, assim como colocaram colchão anti-escaras na maca e uma transferência, semanas depois, para uma cama articulada. • As equipas tiveram o cuidado de avaliar e vigiar a integridade

- Colocar colchão anti-escaras na maca, utilizar lençol dobrado (resguardo) nos posicionamentos e transferências;
- Incentivar a ingestão de líquidos e alimentação de acordo com as suas necessidades e preferências;
- Promover junto da equipa assistencial a promoção de uma alimentação e hidratação adequadas;
- Aplicar creme hidratante e vitamina A no momento dos cuidados de higiene e conforto;
- Promover o levantar, se possível;
- Vigiar a dor- cutânea do Sr. D. todos os turnos;
- A equipa de enfermagem realizou a avaliação do risco de desenvolver UPP, todas as manhãs, aplicando a escala de Braden;
- A equipa de assistentes operacionais teve em consideração as preferências alimentares do Sr. D. e assegurou sempre a presença de uma garrafa de água na sua unidade;
- A dor foi avaliada pela equipa de enfermagem todos os turnos.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em Parceria
<p>Nutrição</p> <p>desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionada com episódios de recusa alimentar (fatores psicológicos - dor, depressão), fatores económicos (domicílio), capacidade prejudicada de absorver alimentos (doença invasiva)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Que o Sr. D mantenha uma alimentação adequada às suas necessidades (aporte protéico adequado, suplementos nutricionais, aliemntp 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o estado nutricional do Sr. D., aplicando o Mini Nutricional Assessment; Conhecer os hábitos alimentares do Sr. D. e garantir que comunique sempre que sentir fome; Fornecer alimentação de acordo com as preferências do Sr. D.; Ajudar na alimentação, substituindo o Sr. D. apenas naquilo que não conseguir executar; Respeitar o seu ritmo durante a refeição; Garantir que as refeições sejam tomadas com a cabeceira da maca levantada ou, se possível, no cadeirão; Garantir, junto da equipa de assistentes operacionais da copa, o aporte proteico adequado (sopa enriquecida com carne ou peixe), ou suplementos proteicos existentes no serviço; Vigiar dor e estados depressivos e /ou confusionais, que possam comprometer a ingesta adequada de alimentos; Garantir uma adequada higiene oral. 	<ul style="list-style-type: none"> Foi aplicado o instrumento de avaliação nutricional que foi compatível com um estado de desnutrição do Sr. D.; Os alimentos fornecido ao Sr.D. estavam devidamente preparados (cortados) e toda as refeições contemplavam peixe/carne. A equipa de assistentes operacionais teve em consideração as preferências alimentares do Sr D. e assegurou sempre a presença de uma garrafa de água na sua unidade; O Sr. D. mostrou apetite que foi progressivamente perdendo ao longo dos turnos e alimentava-se sozinho sem dificuldades. Foi assegurada, por parte das equipas, um correcta higiene oral com uso de escova e pasta existentes no serviço.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em Parceria
<u>Dor crónica</u> , relacionada com doença invasiva	<ul style="list-style-type: none"> Que o Sr. D. apresente dor controlada 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a dor todos os turnos e sempre que o Sr. D verbalize ou manifeste quadro de dor; Reforçar a importância de verbalizar junto da equipa quando sentir dor; Garantir, junto das equipas de enfermagem, o uso de medicação analgésica SOS; Garantir, junto das equipas médicas, uma medicação analgésica adequada para controlo da dor crónica, tendo em conta o estadio de doença do Sr. D. Vigiar sinais de ansiedade, desorientação e confusão; Promover o conforto e os posicionamentos que aliviem a dor; Promover, sempre que possível, um ambiente seguro e calmo. 	<ul style="list-style-type: none"> O Sr. D. reconheceu a importância da administração de terapêutica, de esquema ou SOS, para o controlo da sua dor; A equipa reconheceu que muitos dos momentos de agitação eram reflexo da dor que o Sr. D. sentia, assim como os períodos de insónia: Foi dada mais atenção ao uso de terapêutica SOS; Compromisso de promover posicionamentos que aliviem a dor (decúbitos laterais no caso do Sr. D.) e proporcionar ambiente calmo, sempre que possível.

ASSEGURAR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI

“Assumir o controlo de Si próprio significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem estar” (Gomes, 2013, p.103)

Ao longo do estabelecimento do processo de Parceria identificámos necessidades e negociámos estratégias em conjunto com o Sr.D. para que este assumisse o seu cuidado, dentro das suas possibilidades. Neste sentido, conseguiu reconhecer que o internamento era a opção mais segura naquele momento, no que dizia respeito ao controlo de sintomatologia associada à doença assim como à situação de desajuste social, reflexo da relação conflituosa com o filho. Assumiu que deveria estabelecer uma comunicação e relação eficazes com a equipa multidisciplinar dado o seu grau de dependência. Assim, com uma relação de confiança já estabelecida, apresentou-se mais comunicativo, manifestando dor ou desconforto, com mais frequência e expressando os seus medos e receios. Continuou a apresentar episódios de confusão aguda, principalmente durante o período noturno, apesar dos esforços para promover o seu descanso. Durante a maior parte do dia encontrou-se orientado no espaço mas não no tempo.

A Parceria estabelecida permitiu alcançar êxitos ao nível da manutenção da integridade cutânea, do alívio da dor, da promoção de uma alimentação adequada de acordo com as preferências do Sr.D. e da redução aparente de sentimentos de tristeza.

ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

“O enfermeiro garante que a família adquira capacidade para cuidar do doente idoso e mantém-se como um recurso ” (Gomes, 2013, p.103)

Neste caso não foi a família que adquiriu capacidade para cuidar do Sr. D. mas sim a equipa multidisciplinar. Esta esteve desperta para a situação social complexa que estava associada ao processo de doença e desenvolveu estratégias de acordo com aquilo que fazia sentido para o Sr D.. Proporcionou um ambiente calmo e seguro sempre que possível, indo ao encontro das suas necessidades:

alívio da dor, alimentação, alternância de decúbitos, mostrando sempre empatia e disponibilidade e assegurando de igual modo o cuidado que o Sr .D. teria consigo próprio.

REFLEXÃO FINAL

A elaboração deste estudo de caso, baseado no processo de Parceria, assumiu relevância no âmbito deste estágio uma vez que permitiu identificar, atempadamente, as principais necessidades e problemas da pessoa idosa. Nesta perspectiva, a avaliação multidimensional que realizámos, em contexto de urgência permitiu-nos intervir e antecipar complicações ao mesmo tempo que respeitámos a individualidade da pessoa, negociando e incluindo-a nos cuidados.

Com o evidente envelhecimento populacional e a crescente afluência dessa faixa etária ao SUG, as equipas assistenciais vêm-se confrontadas com a necessidade de mudança. Esta passa por uma intervenção específica para uma população com sintomatologia multifacetada e atípica. A nossa experiência neste campo, através da realização deste estudo de caso, leva-nos a reforçar a ideia da importância de uma avaliação abrangente mas ao mesmo tempo a afirmar que se trata de um processo difícil e moroso para um serviço tão exigente, física e psicologicamente. Incontestável é, no entanto, que nos permite olhar para a pessoa tendo em conta todas as suas dimensões, conhecendo o seu contexto e considerando o seu projeto de vida. Neste caso em particular, as intervenções de enfermagem e as estratégias adotadas permitiram capacitar o Sr. D. para determinados aspetos do seu cuidado que estariam à partida comprometidos, assim como ficámos mais despertos para os seus problemas (potenciais e reais), assumindo aquilo que ele não poderia fazer por si.

A realização deste estudo assumiu-se assim como um contributo para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem mediante a identificação, prescrição, implementação e avaliação de intervenções à pessoa idosa, que contribuíram para evitar problemas relacionados com alegada situação de violência (negligência?) no domicílio e minimizar potenciais efeitos indesejáveis (OE, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackley, B., Herdman, T.H., Krogh, G.V., Lunney, M., Krainovich-Miller, B., Fraunfelder, F. ... Scroggins, L. (2013). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Definições e classificação*. Porto Alegre: Artmed.
- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23 (3), 327-330. Acedido a 13-11-2015. Disponível Em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366/10102>
- Ayala, A. L. M, Galende, A. C. B. P. S. & Stoeberl (2016). Cuidados de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados no domicílio. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 37(2), 25-38.
DOI: 10.5433/1679-0367.2016v37n2p25.
- Barbosa, P., Carvalho, L. & Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.
- Gaino, N. F., Leandro-Merhi, V. A. & Oliveira, M. R. M. (2007). Idosos hospitalizados: estado nutricionl, dieta, doença e tempo de internação. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 22(4), 273-279.
- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 11(3), 71-5.
- GERMI (2012). Avaliação Geriátrica Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf;
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso o domicílio*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência.

- Lôbo, R. et al (2010). Delirium. Simpósio: Condutas em enfermagem de clínica médica de hospital de média complexidade - Parte 2 Capítulo IV Medicina (Ribeirão Preto) 2010; 43(3), 249-57.
- Lourenço, R. A. & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719. Acedido a 22-11-2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/23.pdf>
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5ª ed.), Philadelphia: Lippincott;
- Moraes, E. N. (2012). Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido a 22-11-2015. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Moraes, E. N. (2012). Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceptuais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/309153/mod_resource/content/1/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados Descritivos*.
- Rodrigues, R. et al (2015). Os muitos idosos: Avaliação funcional multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, nº 5, abril, maio e junho.
- Sampaio, S. & Sequeira, C. (2013). Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência III Série* - n.º 9 - Mar. 2013, 125-134.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;

APÊNDICE I

Mini-Mental State Examination

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? √ Em que país estamos? √

Em que mês estamos? √ Em que distrito vive? √

Em que dia do mês estamos? X Em que terra vive? √

Em que dia da semana estamos? X Em que casa estamos? X

Em que estação do ano estamos? √ Em que andar estamos? X

Total 6

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra √

Gato √

Bola √

Total 3

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27 √ 24 X 21 X 18 X 15 X

Total 1

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra X

Gato √

Bola √

Total 2

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. “Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio √

Lápis √

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” √

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita X

Dobra ao meio X

Coloca onde deve X

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos X

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. X

Total 3

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. X



Não conseguiu realizar este ponto

Total 15/30

	Pontos
Analfabetos	Igual ou inferior a 15
1 a 11 anos de escolaridade	Igual ou inferior a 22
Escolaridade superior a 11 anos	Igual ou inferior a 27

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE II

Índice de Barthel

ITENS	Atividades Básicas de Vida diárias	Cotação
Alimentação	<u>Independente</u> (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda para cortar, levar a boca etc.)	⑤
	<u>Dependente</u>	0
Vestir	<u>Independente</u> (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	<u>Dependente</u>	①
Banho	<u>Independente</u> (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	<u>Dependente</u>	①
Higiene Pessoal	<u>Independente</u> (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	<u>Dependente</u>	①
Uso da casa de banho	<u>Independente</u> (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	⑤
	<u>Dependente</u>	0
Controlo intestinal	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	⑤
	<u>Incontinência fecal</u>	0
Controlo vesical	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
	<u>Incontinente ou algaliado</u>	①
Subir escadas	<u>Independente</u> (Sobe e desce as escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	⑤
	<u>Dependente</u>	0
Transferência cadeira-cama	<u>Independente</u> (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	<u>Necessita de ajuda mínima</u> (Ajuda mínima e supervisão)	10
	<u>Necessita de grande ajuda</u> (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	⑤
	<u>Dependente</u>	0
Deambulação	<u>Independente</u> (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andador, canadianas)	15
	<u>Necessita de ajuda</u> (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	⑩
	<u>Independente com cadeira de rodas</u> (anda pelo menos 50 metros)	5
	<u>Dependente</u>	0

Total= 35 pontos

90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
< 20	Totalmente dependente

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE III

Escala de Lawton e Brody

Atividades Instrumentais de Vida Diárias

1) Utilização de telefone	
1	Utiliza o telefone por iniciativa própria
1	É capaz de marcar bem alguns números familiares
0	É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
0	Não é capaz de usar o telefone
2) Fazer compras	
1	Realiza todas as compras necessárias independentemente
0	Realiza independentemente pequenas compras
0	Necessita de ir acompanhado para fazer compras
0	É totalmente incapaz de comprar
3) Preparação de refeições	
1	Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
0	Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
0	Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
0	Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições
4) Tarefas domésticas	
1	Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
1	Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
1	Realiza tarefas ligeiras, mas não ode manter um nível adequado de limpeza
0	Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
0	Não participa em nenhuma tarefa doméstica
5) Lavagem da roupa	
1	Lava sozinho toda a sua roupa
1	Lava sozinho pequenas peças de roupa
0	A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros
6) Utilização de meios de transporte	
1	Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
1	É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
1	Viaja em transportes públicos quando sai acompanhado
0	Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
0	Não viaja
7) Manejo de medicação	
1	É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas
0	Toma a medicação se a dose é preparada previamente
0	Não é capaz de administrar a sua própria medicação
8) Responsabilidade de assuntos financeiros	
1	Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
1	Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
0	Incapaz de manusear o dinheiro

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência Grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÉNDICE IV

Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?	
0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	0
B Perda de peso nos últimos 3 meses	
0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	1
C Mobilidade	
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	0
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	
0 = sim 2 = não	0
E Problemas neuropsicológicos	
0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	0
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m) ²	
0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	1
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	2
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)	
1 = sim 0 = não	1
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	
0 = sim 1 = não	0
I Lesões de pele ou escaras?	
0 = sim 1 = não	1
J Quantas refeições faz por dia?	
0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	2
K O doente consome:	
+ pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?	sim 1 não 0
+ duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?	sim 1 não 0
+ carne, peixe ou aves todos os dias?	sim 1 não 0
0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0,5 = duas respostas «sim» 1,0 = três respostas «sim»	0,5
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?	
0 = não 1 = sim	0
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?	
0,0 = menos de três copos 0,5 = três a cinco copos 1,0 = mais de cinco copos	0,5
N Modo de se alimentar	
0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	1
O O doente acredita ter algum problema nutricional?	
0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	0
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?	
0,0 = pior 0,5 = não sabe 1,0 = igual 2,0 = melhor	0,5
Q Perímetro braquial (PB) em cm	
0,0 = PB < 21 0,5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1,0 = PB > 22	0,5
R Perímetro da perna (PP) em cm	
0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	0
Avaliação global (máximo 16 pontos)	7,5
Pontuação da triagem	2
Pontuação total (máximo 30 pontos)	9,5
Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	desnutrido

References
1. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2019; 19:486-488.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M395-397.
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®). Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2009; 19:488-497.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners.
© Nestlé, 1994, Revision 2009. NS7200 12/09 19M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE V

Classificação Funcional da Marcha de Holden

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.
1 <u>Marcha dependente</u> <u>Nível II</u>	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou manter o equilíbrio ou a coordenação.
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer uma ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andariço

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE VI
Escala de Morse

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹³	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed read/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Resultado:

0-24 – Baixo Risco

25-44 – Médio Risco

≥45 - Alto Risco

Referência Bibliográfica:

Urbanetto, J. S. U., Creutzberg, M., Franz, F., Ojeda, S., Gustavo, A. S., Bittencout, Q. L. S., Farinam, V. A. (2013). Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Revista Escola Enfermagem São Paulo*, 47 (3), 569-575. Acedido 15 /10/2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>

APÊNDICE VII
Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos detido ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Pontuação total					

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

APÊNDICE VIII

Clinical Dementia Rating

Dano	Nenhum (0)	Questionável (0,5)	Leve (1)	Moderado (2)	Grave (3)
Memória	Sem perda de memória ou perda leve e inconstante.	Esquecimento constante, recordação parcial de eventos.	Perda de memória moderada, mais para eventos recentes, atrapalha as atividades de vida diária.	Perda grave de memória, apenas assunto altamente aprendido é recordado.	Perda de memória grave. Apenas fragmentos são recordados.
Orientação	Completa orientação.	Completamente orientado com dificuldade leve em relação ao tempo.	Dificuldade moderada com relação ao tempo, orientado em áreas familiares.	Dificuldade grave com relação ao tempo, desorientado quase sempre no espaço.	Apenas orientado em relação a pessoas.
Julgamento e solução de problemas	Resolve problemas diários, como problemas financeiros; julgamento preservado.	Dificuldade leve para solucionar problemas, similaridades e diferenças.	Dificuldade moderada em lidar com problemas, similaridades e diferenças, julgamento social mantido.	Dificuldade séria em lidar com problemas, similaridades e diferenças, julgamento social danificado.	Incapaz de fazer julgamento ou resolver problemas.
Relações comunitárias	Função independente no trabalho, compras, grupos sociais.	Leve dificuldade nestas tarefas.	Não é independente nestas atividades, parece normal em uma inspeção casual.	Não há independência fora de casa, parece bem o bastante para ser levado fora de casa.	Não há independência fora de casa, parece doente o bastante para ser levado fora de casa.
Lar e passatempos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais bem mantidos.	Vida em casa, passatempos, interesses intelectuais levemente prejudicados.	Prejuízo suave em tarefas em casa, tarefas mais difíceis, passatempo e interesses abandonados.	Apenas tarefas simples são preservadas, interesses muito restritos e pouco mantidos.	Sem função significativa em casa.
Cuidados pessoais	Completamente capaz de cuidar-se.	Completamente capaz de cuidar-se.	Necessita de ajuda.	Requer assistência ao vestir-se, para higiene.	Muita ajuda para cuidados pessoais, incontinências frequentes.

Referências bibliográficas:

Bertolucci, P. H. F., Okamoto, I. H., Brucki, S. M., Siviero, M. O., Toniolo, N. J., Ramos, L.R. (2001). Aplicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*; 59 (3A):532-6

Regras Gerais para a classificação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se pelo menos 3 CS são = M então CDR=M 2. Se 3 ou + CS são > (ou <) a M então CDR=maioria das CS (ou <)M 3. Sempre que 3 CS têm pontuação de um lado de M e as outras duas têm pontuação do outro lado, CDR=M 4. Se M=0,5 e 3 ou mais CS são pontuadas ≥ 1 então CDR=1 5. Se M 0,5, CDR não pode ser 0 (zero), só pode ser 0,5 ou 1 6. Se M=0 então CDR=0 exceto se 2 ou mais CS forem $\geq 0,5$ então CDR=0,5

M – Memória

CS – Categorias Secundárias: orientação, julgamento e solução de problemas, relações comunitárias, lar e passatempos, cuidados pessoais.

CDR – Classificação final: 0=normal; 0,5=questionável; 1=leve; 2=moderada e 3=grave.

Referências Bibliográficas:

Montaño, M.B.M.M., Ramos, L.R. (2005). Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Revista Saúde Pública*;39(6):912-7.

APÊNDICE IX

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – Versão Curta

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado/desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória que outros da sua idade?	1	0
11	Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra?	1	0

PONTOS	
Sem depressão	0 – 5
Depressão Ligeira	6 – 10
Depressão Grave	11 – 15

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE X

Elder Assessment Instrument

I. Avaliação Geral	Muito Bom	Bom	Baixo	Muito Baixo	Impossível Avaliar
1. Vestuário					X
2. Higiene			X		
3. Nutrição				X	
4. Qualidade da pele			X		
<p>5. <u>Comentários adicionais:</u> Relativamente ao vestuário não nos foi possível avaliar. Das notas em diário que tivemos oportunidade de consultar, estava descrito um bom estado geral até ao mês de junho do corrente ano. Da avaliação nutricional que realizámos concluímos um estado de desnutrição e desidratação, com recusa alimentar associada no domicílio. Em internamento alimentava-se, sozinho, com apetite que gradualmente foi perdendo. A integridade cutânea mantinha-se, embora, devido à dificuldade na mobilização estivesse comprometida e com alto risco para o desenvolvimento de UPP-</p>					
II. Possíveis indicadores de Abuso	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
6. Contusões	X				
7. Golpes	X				
8. Fraturas	X				
9. Vários estadios de cura de escoriações ou fraturas	X				
10. Evidência de abuso sexual	X				
11. Queixa de abuso repetido pelo idoso		X			
<p>12. <u>Comentários adicionais:</u> Não observámos sinais físicos que comprovassem a existência de agressões nesses sentidos. Um diário clínico refere o seguinte: “refere que foi espancado a semana passada e sofre maus tratos pelo filho”</p>					
III. Possíveis indicadores de Negligência	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
13. Contraturas	X				
14. Lesões de Pressão	X				
15. Diarreia	X				
16. Depressão				X	
17. Impacto					X
18. Desnutrição				X	
19. Queimaduras de urina		X			
21. Pouca higiene				X	
22. Falha na resposta a aviso de doença óbvia			X		
23. Medicação inadequada (carência/excesso)				X	
24. Readmissão hospitalar devido a provável falta de vigilância dos cuidados de saúde			X		
25. Queixas do Idoso por negligência repetida		X			
<p>26. <u>Comentários adicionais:</u> Neste campo não observámos quaisquer lesões físicas mas era evidente o estado de desnutrição e desidratação em que o Sr. D. se encontrava. Vários relatos em diário clínico relacionados com carência económica, não podendo comprar medicação prescrita assim como uma casa com más condições-médico sanitárias. Episódio de urgência recorrentes, principalmente neste último ano. Episódio em que o filho recusou o transporte do pai ao hospital.</p>					
IV. Possíveis indicadores de Exploração	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar

27. Mau uso do dinheiro		X			
28. Evidência da exploração financeira		X			
29. Registos de exigências de bens em troca de serviços					X
30. Incapacidade para controlar dinheiro/bens			X		
31. Queixas do idoso de exploração repetida	X				
32. Comentários adicionais: A informação que possuíamos neste âmbito era que o filho do Sr. D era toxicodependente e desempregado, dependendo do pai. (Não conseguimos apurar se usufruía de subsídios).					
V. Possíveis indicadores de Abandono	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
33. Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas		X			
34. Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio		X			
35. Queixas do idoso de abandono repetido		X			
36. Comentários adicionais: Dada a situação de desajustamento social podemos assumir a evidência possível nestes itens. Episódios de urgência :’’ Diz que o filho o abandonou ontem, saiu de casa, não sabe onde foi e chamou-lhe porco’’					
VI. Resumo	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
37. Evidência de Abuso	X				
38. Evidência de Negligência				X	
39. Evidência de Exploração		X			
40. Evidência de Abandono			X		
41. Comentários adicionais: Após esta avaliação e dado o estado do Sr. D. podemos constatar uma evidência de negligência relacionada com vários aspetos que vão desde a não adesão terapêutica ou até o seu estado nutricional deficiente. Há indícios de abandono, sugeridos em relatos do próprio doente assim como uma possível exploração financeira dado o filho depender da reforma do pai e manter hábitos tóxicos.					

VI. Comentários e seguimento:

Instruções: Não há "pontuação" para este instrumento

Bibliografia:

Fulmer, T. (2008). Screening for Mistreatment of Older Adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59.

Autor da versão traduzida e validada para Portugal:

Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2014). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD. Livro de Escalas e Testes na Demência (3.a edição). GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências.

APÊNDICE VII

Ficha de leitura - Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa no
SUG

Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa no Serviço de Urgência Geral

Resumo:

Este artigo relaciona-se com a abordagem que é feita à pessoa idosa que recorre ao Serviço de Urgência (SU). Segundo os autores, 20% das admissões no serviço dizem respeito à pessoa idosa. Esta, por sua vez, tem cinco vezes mais probabilidade de ser admitida em serviços de urgência em relação a pessoas mais jovens. Além disso, descrevem também a maior probabilidade de readmissão e abordam também o declínio funcional (capacidade reduzida de realizar atividades de vida diária devido a uma diminuição da capacidade física ou cognitiva), a maior probabilidade de admissão em lares ou morte.

A avaliação geriátrica é um procedimento que inclui a avaliação da cognição, humor, comorbidades, polimedicação, risco de quedas, estado funcional (atividades de vida diárias e atividades de vida diária instrumentais), estado nutricional e apoio social. No entanto, defendem que é um procedimento demorado e não poderá ser aplicado a cada idoso que recorre ao SU mas sim em idosos identificados como em risco. Os autores referem-se a uma pré avaliação feita no momento da triagem “ferramenta de monitorização para identificação de idosos em risco”, previamente validada, e só após esta a avaliação geriátrica.

No entanto, mesmo em idosos identificados previamente como estando em risco, a avaliação geriátrica é um processo moroso e algumas ferramentas amplamente utilizadas como a avaliação Mini-Mental-State (MMSE) demoram o seu tempo.

Foram, deste modo, desenvolvidas e validadas ferramentas de uso mais rápido, cuja execução deverá demorar cerca de 25 minutos. Essas ferramentas encontram-se na tabela seguinte.

Tópico	Ferramenta	Itens	Score
Delirium	<i>Confusion Assessment Method</i> (CAM)	(1) início agudo de alteração ou flutuação no decurso do estado mental (2) desatenção (3) pensamento desorganizado (4) alteração do nível de consciência	Em risco se 1 ou 2, além de recurso de 3 ou 4
Cognição	<i>Escala de Confusão Rápida</i>	Orientação temporal (3 perguntas) Contagem mental Flexibilidade mental Atraso recordação	6 pontos 2 pontos 2 pontos 5 pontos Em risco se <11 pontos
Depressão	<i>Hustey's questionnaire</i>	(1) Durante o mês passado, esteve muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou sem esperança? (2) Durante o mês passado, você manifestou, diversas vezes, pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	1 ponto por questão Em risco se > ou igual a 1
Capacidade Funcional	<i>Older Americans Resources and Services</i> (OARS) "Programa de recursos e serviços para idosos"	7 atividades de vida diária (tomar banho, vestir-se, uso de sanitários, transferências, alimentar-se, continência e marcha) 7 atividade de vida diária instrumentais (uso do telefone, viagens, compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, toma de medicação e gestão das finanças)	2 pontos se independente 1 ponto se ajuda necessária 0 pontos se dependente Em risco se < 28 pontos
Quedas	<i>Teste de equilíbrio em uma perna</i>	Capacidade de ficar apoiado numa perna sem suporte por 5 segundos	Em risco se <5 segundos
Polimedicação	<i>Crítérios de Beer's</i>	Identificar medicação inadequada	

- Na **avaliação do Delirium**, o *Confusion Assessment Method* (CAM) necessitando de menos de 5 minutos para a sua realização; para a **avaliação cognitiva**, a Escala de Confusão Rápida foi validada (QCS) e poderá ser realizada mais rapidamente que o Mini-Mental State Examination (cerca de 2 minutos) e não necessita de escrita nem capacidade de leitura.
- Foi realizado um estudo com um teste de rastreio onde foram efetuadas duas perguntas para a **avaliação da depressão em doentes idosos** sem deficit cognitivo, com uma sensibilidade de 84%, uma especificidade de 61% em comparação com os 15 itens da Escada de Depressão Geriátrica.
- Para **avaliação do estado funcional** é usada a *Older Americans Resources and Services* (OARS) com pontuação que varia entre 0 a 28 e leva cerca de 5 minutos a ser efetuado, sendo muito usado na América do Norte. Cada ponto sob a pontuação máxima indica uma capacidade funcional que deve ser levada em conta em futuras intervenções.
- Na **avaliação do risco de queda** o teste de equilíbrio em uma perna é um teste curto e simples. A incapacidade de executar esta tarefa duplica o risco de uma queda durante os próximos 3 anos.
- No que diz respeito à **desnutrição**, não há nenhum teste validado que consiga ser utilizado por rotina no serviço de urgência, além de que a avaliação do índice de massa corporal, frequentemente incluída nos scores nutricionais, é difícil de executar no contexto referido.
- Os **critérios de Beer's** incluem uma lista que poderá ajudar a identificar medicamentos potencialmente inapropriados para a pessoa idosa além de que poderá ser usada para simplificar tratamentos e assim reduzir os efeitos adversos relacionados com a polimedicação.

Citações

“However, Comprehensive Geriatric Assessment (GCA) is time consuming and thus cannot be applied to every older patient admitted to the ED. As a consequence, the best compromise is the use of a two-step approach. The first step is the identification of patients at high risk for adverse outcomes, which can be performed using the Identification of a Senior at Risk (ISAR) screening tool, which has been validated in the Emergency Department” (McCusker et al, 2003)

“(...) older patients admitted to the ED should be screened for risk of adverse outcomes. In patients at high risk of adverse outcomes, the CGA should be administered with brief tools validated in the Emergency Department” (Graf et al, 2010)

Comentários pessoais:

Consideramos a relevância deste artigo uma vez que aborda a temática da avaliação multidimensional do idoso, num serviço com características tão específicas como é o Serviço de Urgência.

A avaliação nutricional, na nossa opinião, é um item fundamental, sendo indispensável, por exemplo, para a elaboração de estratégias terapêuticas e também na avaliação do risco de úlceras por pressão, item também não contemplado nesta avaliação.

Como profissionais a exercer funções num Serviço de Urgência concordamos com a ideia de que a avaliação à pessoa idosa deveria ser um processo mais prático, não tão moroso e deste modo mais funcional.

No entanto mais pesquisas são necessárias para validar esta abordagem noutras populações, como é o caso da Europa e da Ásia.

Referências Bibliográficas:

McCusker, J., Dendukuri, N., Tousignant P et al (2003). Rapid two-stage emergency department intervention for seniors: Impact on continuity of care. *Academic Emergency Medicine*, 10, 233–243.

Graf, C., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J. & Chevallley, T. (2010). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (10), 2032-2033.

APÊNDICE VIII

Reunião com Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

Reunião com Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)

Numa fase final do estágio tivemos oportunidade de reunir com a coordenadora da EPVA e com a Direção do Serviço de Urgência Geral (SUG). (Diretor e Enf.^a Coordenadora). Os objetivos da reunião foram os seguintes:

- Divulgar a existência da equipa (EPVA), no CHS;
- Delinear um plano de ação para os utentes do CHS, que possam ser vítimas de Violência Interpessoal.

Nessa perspetiva, e apesar do nosso projeto de intervenção ser direcionado para a pessoa idosa, fazia sentido a nossa inclusão neste procedimento, uma vez que engloba todos os adultos que se dirijam ao SUG.

Esta equipa, a nível da instituição, é composta por duas enfermeiras, uma assistente social, um psiquiatra e um psicólogo, que receberam formação prévia sobre violência interpessoal. No SUG ficámos como elo de ligação à EPVA mas futuramente cada um das equipas de enfermagem terá um elemento dinamizador, de modo a facilitar a operacionalização do procedimento de atendimento à vítima.

As EPVA derivam de um modelo de intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo da vida, designado de Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida, criado no âmbito do Ministério da Saúde. De acordo o despacho nº. 6378/2013, importa referir que a nível hospitalar, a EPVA tem como competências:

- informar e sensibilizar os profissionais, dos diferentes serviços, para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo da vida;
- difundir informação de carácter legal, normativa e técnica sobre o assunto, devendo promover a formação e preparação dos profissionais;
- prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- a título excepcional, poderá gerir as situações clínicas que, pelo seu carácter de urgência em matéria de perigo, transcendam as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição;
- deverá coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de violência atendidas no hospital;

- fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intra-institucional no domínio da violência interpessoal a nível das diversas especialidades, departamentos e serviços hospitalares;
- estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários que contribuam para a prevenção e acompanhamento dos casos e
- assegurar a articulação funcional, em rede, com as outras equipas a nível de cuidados primários e a nível hospitalar que intervenham neste domínio.

A proposta de procedimento discutida na reunião em que participámos emerge da obrigatoriedade de denúncia, por parte dos profissionais de saúde, quando confrontados com potenciais vítimas de violência interpessoal e da necessidade de uniformizar o circuito das mesmas. Assim, numa primeira instância, o profissional administrativo que proceda à admissão de uma alegada vítima de violência deverá comunicar a situação ao polícia de serviço, pressupondo que a mesma se queixe no momento da inscrição e, se apenas o fizer aquando da triagem, deverá então ser o enfermeiro a comunicar ao agente policial de serviço. Ao tomar conhecimento do caso, o enfermeiro triador deverá comunicar a situação aos chefes de equipa, médica e de enfermagem. Estes também deverão ser informados em situações de suspeita, quer seja durante o momento de triagem, quer seja durante o atendimento ou até internamento da pessoa.

Os profissionais de saúde são assim repórteres mandatados e a denúncia deverá ser feita em todas as situações de violência. De acordo com o artigo 242º do Código de Processo Penal, a denúncia criminal em situações de violência interpessoal é obrigatória e pode ser participado por qualquer pessoa, não dependendo de queixa da vítima; *“para os funcionários, na aceção do artigo 386º do Código Penal, quanto a crimes que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.”*

A enfermeira coordenadora da equipa abordou a necessidade do preenchimento multidisciplinar de um **Formulário de Registo Clínico de Violência** onde constam os dados que deverão ser recolhidos junto à alegada vítima. Nesse sentido *“no atendimento a vítimas de violência, o registo assume particular importância, dado o seu valor na prevenção de futuros episódios de violência e organização da atuação, podendo também servir enquanto meio de prova no processo judicial. Por outro lado, pretende-se que o registo deste tipo de situações*

de forma consistente possa permitir, futuramente, o acesso a dados nacionais que permita compreender o impacto destes fenómenos no âmbito da saúde” (DGS, 2014). O registo das situações de violência deverá ser efetuado em diários, clínico e de enfermagem e no Formulário de Registo Clínico de Violência, onde o profissional deverá registar, com maior especificidade e objectividade possíveis, todas as informações pertinentes recolhidas durante a fase de entrevista, assim como os procedimentos que realizou, onde se podem incluir o exame físico, recolha de vestígios e fotodocumentação. Este documento, em formato papel, deverá acompanhar a alegada vítima dentro da instituição e deverá ser entregue, em envelope fechado, à EPVA, no momento da alta, não excluindo que se sinalize previamente a situação caso seja necessário. Fora do horário de expediente, o envelope com o formulário preenchido deverá ficar guardado no gabinete da enfermeira coordenadora do SUG e posteriormente entregue à EPVA. Esta documentação deverá ficar sempre no hospital de origem. Em caso de transferência para outra instituição deverá, no entanto, ser facultada informação à equipa recetora.

Foram discutidas algumas particularidades inerentes ao circuito da vítima, nomeadamente no que concerne a alegadas vítima de violência sexual. Nestas situações deveremos contar com o apoio do gabinete de Medicina Legal, situado na instituição. Este irá também realizar os exames e as perícias de medicina legal e forenses que lhe forem solicitados, além de apoio técnico e laboratorial especializado, no âmbito das suas atribuições. Fora do seu horário de expediente, e em casos de necessidade explícita, as alegadas vítimas deverão ser encaminhadas ao Instituto Nacional de Medicina Legal em Lisboa.

Antes da alta deverão ser considerados os protocolos de atuação de acordo com as diretrizes da DGS. Os protocolos sugeridos funcionam como guiões orientadores e compete ao profissional ajustá-los e adaptá-los às necessidades e às circunstâncias da situação em causa. Nesta perspetiva existem três protocolos:

- PROTOCOLO 1 para situações de **suspeita** com o objetivo de promover o reconhecimento por parte da vítima da sua situação de maus tratos, ajudando na compreensão enquanto problema, para que haja condições de realizar uma intervenção direta.
- PROTOCOLO 2 para situações de **risco** com o objetivo de fazer com que a vítima se sinta apoiada e esteja consciente da sua situação, de modo a

iniciar as mudanças necessárias que lhe permitam interromper o ciclo/dinâmica da violência.

- PROTOCOLO 3 para situações de **perigo** com o objetivo de promover a segurança da/s vítima/s, incluindo seus dependentes, em situações de violência grave, ocorridas ou em risco de ocorrer, que possam representar perigo iminente de vida.

A intervenção multidisciplinar inerente a este procedimento hospitalar pressupõe a formação atempada, sobre violência interpessoal, a todos os profissionais dos vários departamentos e serviços da instituição. Neste sentido, consideramos cooperar com a EPVA dado o trabalho já efetuado no âmbito do nosso projeto.

Referências Bibliográficas:

Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa, DGS.

Despacho n.º 6378/2013 de 16 de maio. *Diário da República no 94, série II*. Ministério da Saúde. Disponível em <https://dre.pt/application/file/810412>

APÊNDICE IX

Estudo de Caso – UCC

Estudo de Caso

Fevereiro 2016

Este estudo de caso surgiu na sequência do estágio realizado em contexto comunitário. A idosa em questão foi a Sra. D.^a R., de 81 anos e que, apesar do apoio domiciliário, residia sozinha. Conhecêmo-la numa das visitas domiciliárias, onde o objetivo passava pela vigilância de uma ferida já em fase de cicatrização. Como consequência de uma relação empática estabelecida, as enfermeiras continuavam a visitá-la, uma vez que passava grande parte do dia sozinha.

Considerámos pertinente a realização deste estudo de caso neste contexto, e especificamente neste caso pois, tal como descrito na literatura, o isolamento social constitui um dos fatores de risco para a violência contra a pessoa idosa, assim como também poder ser considerado uma forma de negligência (Santos et al., 2013). Queríamos perceber as circunstâncias do seu isolamento, de que modo a afetava e qual a perceção que tinha da sua situação.

À semelhança do estudo de caso que realizámos em contexto de urgência geral, pretendemos identificar as necessidades da pessoa idosa, desta vez no seu domicílio, recorrendo a instrumentos de avaliação próprios e planeando e desenvolvendo intervenções de enfermagem. Estas foram igualmente norteadas pelo modelo de Parceria.

As escalas e índices utilizados para avaliação multidimensional da Sra. D.^a R. estão traduzidos e validados para a população portuguesa.

Todo os procedimentos éticos inerentes ao processo de recolha e tratamento dos dados foram cumpridos, de forma a salvaguardar a identidade da pessoa.

PROCESSO DE PARCERIA

REVELAR-SE

“O enfermeiro tem uma atitude onde mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa (...) esforçar-se por conhecer a sua identidade (o que é a pessoa, quem é a pessoa) quais os seus valores, cultura, contexto de inter-relação social, mostrando respeito pela pessoa como um ser de direitos.” (Gomes, 2013, p.99)

DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA

Conhecemos a Sra. D.^a R. numa das visitas domiciliárias que fizemos em contexto comunitário. Após análise da sua situação, tendo em conta a questão do isolamento já supracitada e a sua disponibilidade para comunicar e partilhar aspetos da sua vida, explicámos à Sra. D.^a R. o que pretendíamos realizar, quais os objetivos, garantindo o anonimato e a confidencialidade. Assim, numa manhã, ficámos com a Sra. D.^a R., num ambiente que lhe era familiar e propício à interação. Mostrámos disponibilidade e respeitámos o seu ritmo. Explicámos que poderia optar por não responder a todas as questões, mostrámos empatia, promovemos a escuta ativa e, sempre que possível, tentámos encorajar expressões e sentimentos. Fomos recebidas com muita simpatia e cordialidade e fez questão de nos dizer o quanto gostava de nos receber e, se possível, para o fazermos mais vezes.

CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA

A Sra. D.^a R. tem 81 anos, biótipo humano branco. Tem nacionalidade portuguesa e é natural de uma cidade do Alentejo. Atualmente reside num cidade do Litoral.

Tem o 3º ano de escolaridade. Está reformada mas refere que era modista e que gostava muito do que fazia.

É católica, mas dadas as limitações físicas já não consegue ir à igreja.

CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA

A Sra. D.^a R. é viúva há 30 anos. Refere ter tido um casamento feliz e que sempre foi bem tratada pelo marido. Reside num apartamento com 3 assoalhadas, inserido no 3º andar de um prédio antigo, sem elevador. Para as deslocações ao exterior é necessário chamar uma ambulância e queixa-se do facto de ser uma “*casa muito fria*”.

Tem apoio domiciliário para os banhos e refeições. Pela manhã, procedem ao seu levantar e aos cuidados de higiene. Fornecem-lhe o pequeno almoço e deixam-na sentada no sofá. Fornecem também o almoço e o lanche, que deixam na cozinha, sendo que é uma vizinha (que vive a cerca de 100 metros) que a vem ajudar nessas alturas. Voltam à noite, para o jantar e para a deitar. A equipa da UCC tem conhecimento do caso e tem reunido esforços para conseguir colocá-la num lar.

Refere que não tem alguma ocupação. Vê pouca televisão pois começa a ficar com cefaleias.

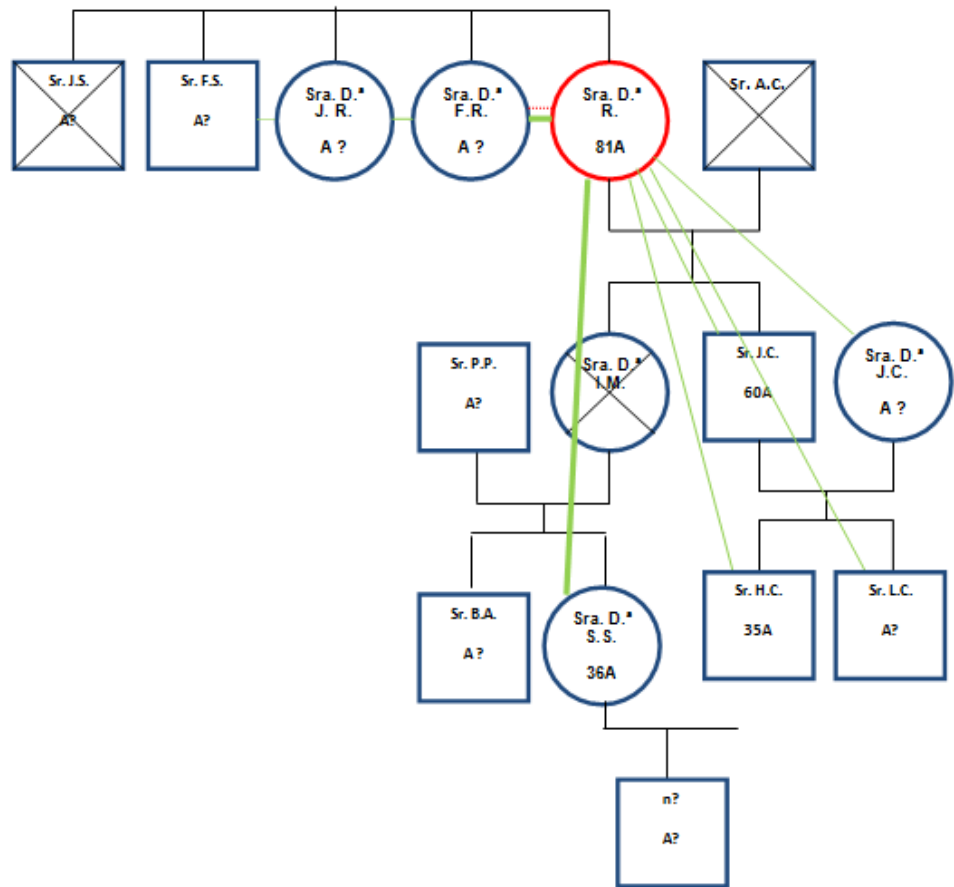
Teve 4 irmãos, sendo que um já faleceu. Neste momento, tem ainda três irmãos, sendo que mantém uma relação mais próxima com uma das irmãs, referindo, no entanto, alguns conflitos. É esta irmã que lhe gere a reforma. Esta, superior ao ordenado mínimo, permite-lhe o pagamento do apoio domiciliário, da medicação, das despesas de eletricidade e água e além disso usufrui de telemóvel (pré-carregamento).

Teve uma filha que faleceu. Dessa filha tem dois netos e apenas uma a visita regularmente, com quem mantém uma relação mais chegada. Atualmente já tem um bisneto.

Tem um filho que atualmente reside no norte do país e do qual tem também dois netos. A relação é distante e as visitas não são regulares. Comunicam por telemóvel.

De modo a representar graficamente as ligações da Sra. D.^a R., julgámos importante realizar um genograma e um ecomapa. Estes, assumem-se como uma prioridade em todas as famílias que estão ao cuidado da enfermeira mais que um dia, sendo que as informações recolhidas devem ser relevantes para o problema de saúde (Wright & Leahey, 2013).

Um genograma fornece informações que podem incluir aspetos genéticos, médicos, sociais, comportamentais, relacionais e culturais (Wendt & Crepaldi, 2008). O que construímos e apresentamos seguidamente diz respeito à estrutura e dinâmica familiar atual da Sra. D.^a R..



Legenda

Pessoa índice		Casamento		Relação próxima		Morte	
Masculino		Nome desconhecido	n?	Relação distante			
Feminino		Idade desconhecida	A?	Relação próxima e conflituosa			

A terapêutica que faz encontra-se na tabela seguinte:

Medicamento	Grupo	Via	Dose	Posologia
Pantoprazol	Protetor Gástrico	Oral	20mg	1 comprimido em jejum
Adalat	Bloqueador dos canais de cálcio - hipotensor	Oral	10mg	1 comprimido de manhã
Lasix	Diuréticos da Ansa	Oral	40mg	½ comprimido de manhã, às segundas, quartas e sextas-feiras
Ledertrexato	Modificadores da evolução da doença reumatismal	Oral	2,5 mg	3 comprimidos de manhã e 3 comprimidos ao jantar – só às quartas-feiras
Stugeron Forte	Bloqueador dos canais de cálcio - Vasodilatador cerebral	Oral	75mg	1 comprimido de manhã 1 comprimido ao jantar
Lepicortinolo	Anti-inflamatório e imunossupressor	Oral	20mg	1 comprimido de manhã ½ comprimido ao jantar
Dol-u-ron Forte	Analgésico	Oral	500mg+30mg	1 comprimido SOS (manhã e noite)
Plaquinol	Anti-infeccioso	Oral	400mg	½ comprimido ao almoço (segundas, quartas e sextas)
Decalcit	Vitamina D3 Sais Minerais	Oral	1 colher medida	Ao almoço
Crestor	Estatina	Oral	10mg	1 comprimido ao jantar
Lorenin	Benzodiazepina	Oral	1mg	1 comprimido ao deitar
Folicil	Vitamina B9 –antinêmico	Oral	5mg	2 comprimidos ao sábado de manhã
Ácido alendrónico	Bifosfonato - Inibidor da reabsorção óssea	Oral	70mg	1 comprimido meia hora antes do pequeno-almoço, ao sábado

De um forma geral, é considerada polimedicação quando a toma de medicamentos, durante o mesmo período de tempo, é igual ou superior a 5 (Gnjidic et al., 2012). Podemos assumir então que está polimedicada e refere que a sua medicação é preparada pelo apoio domiciliário e que não a toma quando está sozinha. No entanto, não aprofundámos esta questão nem sabemos se as tomas são feitas de acordo com as prescrições.

Quem compra a medicação é a irmã.

A principal queixa da Sra. D.^a R., relativamente à sua saúde, é a incapacidade que tem para a marcha, não conseguindo ser independente a esse nível.

CONHECER A HISTÓRIA/EXPERIÊNCIA RELACIONADA COM A VIOLÊNCIA.

Para este item baseámo-nos no Manual de Violência Interpessoal da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2014) e considerámos ser relevante conhecer a história da Sra. D.^a R. em relação aos fatores de risco para a violência.

Assim, temos uma pessoa idosa do género feminino, com idade superior a 74 anos. Reside sozinha há 7 anos e não depende financeiramente de nenhum cuidador porque tem a sua reforma. No entanto, esta não é gerida pela própria.

Para avaliar o grau de incapacidade física e intelectual, à semelhança do que fizemos em contexto hospitalar, recorremos à avaliação multidimensional da Sra. D.^a R., usando vários instrumentos para esse efeito. Esta avaliação assume importância ao proporcionar não apenas a identificação de situações que precisem ser tratadas, mas também o reconhecimento de problemas potenciais que mereçam consideração antecipada e estratégias preventivas (Gambert, 2009). De referir que a Sra. D.^a R. é bastante comunicativa e não apresenta alterações da acuidade auditiva. Usa apenas óculos.

Para a **avaliação do estado cognitivo** procedemos à observação direta e à aplicação do **Mini-Mental State Examination (MMSE)** que se encontra no APÊNDICE I deste estudo de caso. A cognição é um conjunto de capacidades mentais que permitem à pessoa compreender e resolver os problemas do quotidiano, sendo responsável pela capacidade de decidir (Moraes, 2012). O Score obtido foi de 25 pontos, num total de 30, o que é compatível com uma boa orientação, memória, capacidade de atenção e cálculo e coerente com o discurso apresentado pela Sra. D.^a R.. Perante estes resultados, não nos pareceu conveniente aplicar a **Clinical Dementia Rating** para perceber se existia história de demência, uma vez que não havia aparente compromisso ao nível da memória. No entanto, dado o contexto de solidão e isolamento, com verbalização do desejo de não permanecer sozinha, assim como das várias queixas que relatou ao longo da entrevista, julgámos importante aplicar a **Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage –versão curta** (APÊNDICE II). O resultado indicou-nos um estado de depressão grave.

Sendo uma pessoa idosa dependente, considerámos pertinente usar o **Índice de Barthel** (APÊNDICE III), que avalia a independência na realização de 10 atividades básicas de vida diárias. A pontuação final obtida foi de 35 pontos, o que significa que é severamente dependente e vai ao encontro dos dados já obtidos. Na sequência desta avaliação funcional, utilizámos também o **Índice de Lawton & Brody** (APÊNDICE IV) para avaliar a autonomia da Sra. D.^a R. na realização das atividades instrumentais de vida diárias. O score obtido foi de 1 ponto, o que corresponde a um grau de dependência total como era previsto. Destas atividades, a única que consegue realizar autonomamente é a utilização do telefone por iniciativa própria.

Dada a dependência constatada e uma história que queda relatada, verificámos que era importante avaliar o risco de queda. Para tal, recorremos à **Escala de Morse** (APÊNDICE V) e a pontuação foi compatível com um alto risco de queda. A Sra. D.^a R. tem perceção desse risco e como tal, não se desloca autonomamente. Também a **Classificação Funcional da Marcha de Holden** (APÊNDICE VI) foi ao encontro deste facto, uma vez que revelou uma marcha dependente, nível II, em que a Sra. D.^a R. necessita de grande ajuda de terceiros para andar e evitar quedas.

Com a história de ferida por pressão no trocanter esquerdo, considerámos conveniente avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UPP), através da **Escala de Braden**.

		Determinantes/fatores de risco
Perceção sensorial	Ligeiramente Limitada – 3	Nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudada de posição; nem sempre tem alguém que o faça.
Exposição à humidade	Pele ocasionalmente húmida – 3	Presença de fralda; sudorese
Atividade	Sentado – 2	Capacidade de marcha gravemente limitada.
Mobilidade	Muito limitada – 2	Ocasionalmente muda a posição do corpo
Nutrição	Adequada – 3	Faz quatro refeições diárias e pelo que refere come mais de metade da maior parte das refeições.
Frição e forças de deslizamento	Problema potencial – 2	Movimenta-se com alguma dificuldade

A pontuação obtida foi de 15 pontos, o que corresponde a um risco moderado de desenvolvimento de UPP. Nesta altura, a Sra. D.^a R. mantinha a integridade

cutânea e percebemos que dava uso a várias almofadas na tentativa de encontrar o maior conforto possível. As mucosas encontravam-se coradas e hidratadas.

Em relação à alimentação e nutrição, embora, aparentemente, não houvesse algum problema, ponderámos utilizar o **Mini Nutricional Assessment** (APÊNDICE VII), de forma a detetar o risco de desnutrição. Começámos pela parte da triagem presente no questionário e, dado o resultado de 12 pontos ser compatível com um estado nutricional normal, não continuámos o seu preenchimento. Não se verificam problemas na mastigação ou deglutição. Usa prótese dentária e a alimentação fornecida já vem fraccionada.

Não há história de comportamentos agressivos ou desafiantes e não existem quaisquer indicadores físicos suspeitos. No entanto, no decurso da entrevista e dada a relação conflituosa descrita com a irmã, considerámos relevante aplicar o **Elder Assessment Instrument** (APÊNDICE VIII), sabendo que a violência pode assumir diversas formas. De acordo com o que foi avaliado podemos colocar uma hipótese de exploração financeira, tendo em conta que a Sra. D.^a R. tinha uma boa reforma. Esta, como já referimos era gerida pela irmã. No entanto, há necessidades que exigem gasto de dinheiro que não são tidas em consideração, como, a título de exemplo, o transporte a consultas e o carregamento de telemóvel para poder comunicar com o filho. Segundo as enfermeiras da UCC, havia suspeita de uma má gestão da reforma da Sra. D.^a R.

Desta avaliação da história/experiência relacionada com a violência na Sra. D.^a R., podemos verificar que existem diversos fatores de risco associados. Temos uma pessoa idosa do género feminino com idade superior a 74 anos, dois fatores de risco no âmbito da violência (DGS, 2014). Não há evidência de incapacidade intelectual mas sim de um estado depressivo, consequência da solidão que a própria Sra. D.^a R. assume sentir. É perceptível, através da observação e das avaliações efetuados, o grau de incapacidade física marcado, sendo uma pessoa dependente, com alto risco para quedas, com incapacidade na marcha sem ajuda e um risco moderado de desenvolvimento de UPP. Por último, e como já abordámos, há uma evidência possível de exploração financeira por parte da irmã.

ENVOLVER-SE

“O enfermeiro demonstra ter consciência dos efeitos da importância do tempo para os doentes idosos, pelo que, procura estruturar os tempos de relação de modo a que esteja disponível para escutar, demonstrar disponibilidade, solicitude, preocupação, uma atitude centrada na pessoa; demonstra respeito pela identidade do doente idoso e pelo espaço de identidade deste; promove o cuidado em ambiente seguro (...)” (Gomes, 2013, p.100)

Para a construção do processo de Parceria tivemos necessidade de nos envolver com a Sra. D.^a R.. Para tal, mantivemos sempre uma atitude empática e facilitámos a comunicação e expressão de sentimentos, garantido que a nossa conversa era confidencial. Mantivemos a escuta ativa e não emitimos juízos de valor acerca do que nos ia relatando. Adequámos sempre a linguagem e utilizámos um tom de voz apropriado.

Fomos introduzindo aos poucos o facto de morar sozinha e se alguma vez sentiu que tinha sido tratada de forma injusta. Refere que não sente que a tenham tratado mal, que apenas se sente sozinha. Pela atitude de proximidade, de afetividade, de preocupação, de competência relacional que demonstrámos, a Sra. D.^a R. partilhou connosco algumas situações que a deixaram triste:

- *“Pedi às minhas irmãs para me levarem para casa delas no natal mas disseram-me que não podiam, porque a ambulância era muito cara”;*
- *“Também lhes pedi para me trazerem umas coisinhas no natal mas elas não me trouxeram nada”;*
- *“Queria falar com o meu filho. Disse à minha irmã que só tinha 2€ no telemóvel e pedi-lhe para me pôr lá 5€. Ela disse logo que não, que não há dinheiro para tudo.”;*
- *“A minha irmã diz que está farta de mim! Diz-me que já não pode tratar de mim, que está cansada e que preciso de arranjar um sítio para ficar”;*
- *“A Dra. (assistente social da UCC) quer arranjar-me um sítio para ficar mas é caro”.*

Após estes relatos, em tom de “desabafo”, compreendemos a perceção que a Sra. D.^a R. tinha da sua situação. Estes episódios deixaram-na magoada e angustiada e através do seu relato conseguimos perceber os seus principais receios e que o principal conflito era com a própria irmã.

Sentia-se isolada e verbalizava que gostaria de ir para um lar mas que este era caro. Nunca se tinha sentido privada de receber comida, água ou dormir e a única carência que sentia relacionava-se com a falta de dinheiro para o transporte necessário para se deslocar a consultas.

Durante todo o curso da entrevista tentámos observar as atitudes e o estado emocional da Sra. D.^a R.. Nesse sentido, mostrou-se desgostosa, falando mais pausadamente.

CAPACITAR

“Capacitar é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir (...) o enfermeiro desenvolve um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado, ou seja, com partilha de responsabilidade e poder em que mobiliza a singularidade da pessoa para ajudar a transformar capacidades potenciais em reais, para que a pessoa idosa possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si” (Gomes, 2013, p.101)

Nesta fase do processo de Parceria pretendíamos a construção de uma ação conjunta com a Sra. D.^a R., para que esta assumisse o controlo de Si.

Comecámos por explicar-lhe que não tinha culpa da situação em que se encontrava e que tinha muitas pessoas à sua volta preocupadas com o seu caso e dispostas a encontrar a melhor solução. A Sra. D.^a R. referiu “estou acostumada a estar sozinha”, que não se sentia em perigo. No entanto, explicámos que havia muitas possibilidades de lar ainda a explorar, que podiam não ser tão caros quanto aqueles que tinha visto. Além disso, um centro de dia também seria uma opção viável enquanto não se encontrasse outra alternativa.

Neste processo, a nossa intervenção passou por ajudar a Sra. D.^a R. a refletir sobre a sua situação, que não tinha necessidade de faltar a consultas nem passar tanto tempo sozinha, principalmente em épocas festivas. Fizémo-la entender que ela podia mudar, que a decisão era apenas dela e que, qualquer que fosse, iria ser respeitada e apoiada.

POSSIBILITAR

“Possibilitar implica estar presente e ter cuidado com o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível, no sentido de antecipar complicações, permitir que a pessoa possa ter conforto e bem-estar e prosseguir na sua trajetória de vida, preservando a sua identidade no contexto social” (Gomes, 2013, p.103)

Nesta fase pretendíamos promover o cuidado do Outro, sendo que a enfermeira também aprende com a pessoa idosa, a tomar consciência de si e da sua vulnerabilidade (Gomes, 2013). Nesta perspetiva, lidar com esta situação provocou-nos um sentimento de impotência. A nível dos cuidados básicos não reconhecíamos necessidades imeditadas mas percebíamos que, com os dados que obtivemos, a Sra. D.^a R. merecia ter contacto com outras pessoas e não apenas na hora das refeições. Referia sentir-se sozinha e que, apesar de estar habituada e não ter medo, preferia ir para um lar.

Através da avaliação multidimensional realizada era, para todos os efeitos, uma pessoa idosa de risco. Não conhecíamos os contornos específicos da relação com a irmã e o que sabíamos era apenas através da entrevista e do que a equipa da UCC relatava.

Perante todos estes dados, resolvemos trabalhar em conjunto com a equipa da UCC. A ideia seria, numa primeira fase, falar com a irmã e expôr esta situação, tentando perceber qual a sua opinião. Assim, contactámos telefonicamente a Sra. D.^a F. que se mostrou muito disponível. Abordámos o facto da Sra. D.^a R. passar muito tempo sozinha, sendo que só tem companhia na altura das refeições e que fica o dia todo no sofá. Além disso, falámos sobre a importância das consultas e que a sua reforma até lhe permitia o pagamento desse transporte. Quando lhe explicámos a necessidade de procurar um lar para ficar, ela consentiu e percebeu que era a melhor opção. Na sequência desta conversa, falámos com as enfermeiras da UCC e acordámos que faríamos alguns contactos para alguns lares da região. No momento, contactámos um deles (referenciado por uma das enfermeiras) e falámos com a responsável, expondo-lhe toda a situação. Disse-nos que tinha ainda um lugar e dissemos-lhe que iríamos dar o seu contacto à família. Não conseguimos, até ao final do estágio, perceber se tinha havido algum contacto telefónico entre

ambas, mas a enfermeira que costumava visitar a Sra. D.^a R. assegurou que iria manter-se por perto, a acompanhar a situação, com o apoio da assistente social.

COMPROMETER-SE

“(...) desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa (...)” (Gomes, 2013, p.103)

A elaboração de planos de cuidados foi a estratégia que encontrámos para organizar as intervenções a realizar junto da Sra. D.^a R. São o reflexo do esforço conjunto que tivemos para que assumisse o seu cuidado, ou para que a equipa o fizesse. Foram formulados de acordo com os principais problemas identificados através da avaliação multidimensional, e sempre com base no estabelecimento de uma relação de confiança, uma partilha de poder e uma ação negociada, onde todos os elementos se comprometeram a atingir os objetivos terapêuticos (Gomes, 2013). Desde modo, e tendo em consideração aquilo onde poderíamos intervir prioritariamente, identificámos os seguintes problemas:

1. **Tristeza**, relacionada com depressão grave e comprovada através da utilização da escala de depressão geriátrica de Yesavage.
2. **Mobilidade Física prejudicada**, de acordo com o grau de dependência marcado, avaliado através do Índice de Barthel e Índice de Lawton e Brody;
3. **Alto risco de queda**, de acordo com os resultados da Escala de Morse e da Classificação Funcional da Marcha de Holden;

Estes problemas conduziram-nos à formulação de diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia NANDA (2013). Os resultados esperados, as intervenções de enfermagem realizadas e os compromissos estabelecidos em Parceria, relacionados com os mesmos, encontram-se esquematizados nas tabelas seguintes:

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em Parceria
<p><u>Tristeza crónica</u>, relacionada com experiência de doença, solidão, incapacidade física, relato de sentimentos que interferem na capacidade da Sra. D.^a R. atingir o seu mais alto nível de bem-estar pessoal (refere que preferia ir para um lar)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que a Sra. D.^a R. interaja com a equipa e verbalize os seus sentimentos • Que a Sra. D.^a R se sinta em segurança, física e psicologicamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a expressão de emoções, sentimentos e dificuldades; • Mostrar disponibilidade para falar e promover escuta ativa; • Respeitar o ritmo da Sra. D.^a R. e usar o silêncio, quando adequado; • Comunicar de forma calma e pausada; • Demonstrar empatia e compreensão pelas situações relatadas pela Sra. D.^a R.; • Facilitar o envolvimento da Sra. D.^a R. nos próprios cuidados e interação com a equipa; • Promover estas ações junto da equipa de apoio domiciliário e junto da vizinha; • Demonstrar à Sra. D.^a R.. que a equipa da UCC vai ajudá-la a encontrar um lar, dentro das suas possibilidades. • Promover, junto da irmã da Sra. D.^a R.,a compreensão da necessidade de institucionalização. 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipa de enfermagem da UCC mostrou sempre uma atitude empática com a Sra. D.^a R.; • A equipa da UCC assegurou o acompanhamento do caso; • Promoção do contacto da irmã com lares de idosos, para encontrar solução viável dentro das possibilidades económicas da Sra. D.^a R.; • As equipas de apoio domiciliário, e a vizinha, percebem a situação pela qual a Sra. D.^a R. está a passar e têm uma atitude compreensiva; • A Sra. D.^a R. partilha os seus sentimentos e sente que está a ser ajudada. • A irmã compreendeu que ir para um lar era melhor opção para a Sra. D.^a R.;

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em Parceria
<u>Mobilidade física prejudicada,</u> relacionada com prejuízos musculoesqueléticos rigidez articular. desconforto, dor.	<ul style="list-style-type: none"> • Que a Sra. D.^a R. se mobilize dentro das suas capacidades e alterne de posição frequentemente. • Que a Sra. D.^a R. apresente dor controlada; • Que a Sra. D.^a R. tome a sua medicação de forma adequada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a realização de mobilização ativa (membros superiores e inferiores) enquanto permanece sentada so sofá e sempre que não sentir dor; • Incentivar para ter sempre o telemóvel junto a si; • Promover, junto da equipa de apoio domiciliário, a autonomia da Sra. D.^a R. (deixá-la fazer aquilo que consegue); • Reforço da importância de condições de segurança (com locais para se apoiar, sempre que necessitar); • Assegurar, junto das equipas de cuidados, a eficaz gestão da terapêutica analgésica 	<ul style="list-style-type: none"> • A Sra. D.^a R. realiza movimentos ativos nos membros superiores e inferiores quando se encontra no sofá e não sente dor; • A Sra. D.^a R. tem sempre o telemóvel junto a si; • A Sra. D.^a R. mobiliza-se ligeiramente enquanto está no sofá e percebe a importância de não ficar sempre na mesma posição; • A Sra. D.^a R. realiza as atividades em segurança, aguardando apoio e/ou supervisão; • As equipa da UCC trabalha em conjunto com o médico, para a revisão da terapêutica, sempre qe necessário; • As equipas de apoio domiciliário e a vizinha cumprem o regime terapêutico de acordo com o que está estabelecido.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em Parceria
<p><u>Risco de quedas</u>, relacionado com alto risco de quedas (Escala de Morse), marcha dependente nível II (Classificação Funcional da Marcha de Holden), história de quedas, idade acima de 65 anos, morar sozinha, artrite, dificuldade na marcha, mobilidade física prejudicada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Que a Sra. D.^a não apresente episódios de queda 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar a realização de mobilização ativa (membros superiores e inferiores) enquanto permanece sentada so sofá e sempre que não sentir dor; Incentivar para ter sempre o telemóvel junto a si; Alertar a Sra. D.^a R. para os riscos do levantar sem supervisão e apoio; Promover junto das equipas da UCC a avaliação da dor e risco de queda; Promover junto das equipas de apoio domiciliário e junto da vizinha a minimização de riscos ambientais (tapetes, excesso de mobiliário e objetos) e uma iluminação adequada; Promover, junto da equipa de apoio domiciliário, o levantar de forma lenta, avaliando a presença de tonturas; Assegurar, junto da equipa de apoio domiciliário, que a cama está num nível baixo e colocar proteções nos cantos dos móveis. 	<ul style="list-style-type: none"> A Sra. D.^a R. realiza movimentos ativos nos membros superiores e inferiores quando se encontra no sofá e não sente dor; A Sra. D.^a R. tem sempre o telemóvel junto a si; A Sra. D.^a R. compreende os riscos de realizar levantar sem ajuda; As equipas de apoio domiciliário conhecem os riscos ambientais e promovem um ambiente seguro; A equipa da UCC faz uma avaliação multidisciplinar da Sra. D.^a R..

ASSEGURAR O CUIDADO DO CUIDADO DE SI

“Assumir o controlo de Si próprio significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem estar” (Gomes, 2013, p.103)

Ao longo do estabelecimento do processo de Parceria identificámos necessidades e negociámos estratégias em conjunto com a Sra. D.^a R. para que esta assumisse o seu cuidado, dentro das suas possibilidades. Conseguiu reconhecer que as várias equipas (UCC e apoio domiciliário) trabalhavam em sinergia para o seu bem estar e contavam também com o apoio e disponibilidade da vizinha. Assumiu que deveria estabelecer uma comunicação e relação eficazes com os envolvidos dado o seu grau de dependência, assim como partilhar os seus sentimentos e preocupações, de modo a atenuar os sentimentos de tristeza. Confirmou que a opção mais segura para o seu bem-estar passava pela institucionalização num lar, onde não passaria os dias sozinha.

A Parceria estabelecida permitiu alcançar êxitos, no âmbito do controlo do cuidado de Si, nos quais a Sra. D.^a R. assumiu as suas limitações e compreendeu a necessidade de se mobilizar frequentemente, movimentando os membros, enquanto estava sentada no sofá, assim como o cuidado que deveria ter em relação a possíveis quedas. Compreendeu os riscos do levantar sem ajuda e da necessidade de ter sempre o telemóvel junto a si.

ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

“O enfermeiro garante que a família adquira capacidade para cuidar do doente idoso e mantém-se como um recurso ” (Gomes, 2013, p.103)

No sentido de assegurar o cuidado do Outro, as nossas intervenções englobaram vários elementos: a Sr. D.^a F.(irmã), as equipas de cuidados (UCC e apoio domiciliário) e a vizinha. Todos os envolvidos compreendiam que a institucionalização era a melhor opção para a Sra. D.^a R. e todos os esforços foram feitos nesse âmbito. Enquanto não se conseguia vaga num lar as equipas de cuidados, onde incluímos a vizinha, asseguravam o cuidado da Sra. D.^a R. tendo em

conta a sua dependência, relacionada com o grau de incapacidade física e consequente dificuldade na mobilização. Compreendiam os riscos ambientais, de modo a evitar episódios de quedas e a depressão associada a todo este processo. A relação estabelecida permitiu assim o envolvimento e a melhoria dos cuidados, evitando situações que pudessem comprometer o estado de saúde da Sra. D.^a R..

REFLEXÃO FINAL

A elaboração deste estudo de caso, assente no processo de Parceria, assumiu relevância no âmbito deste estágio uma vez que permitiu identificar as principais necessidades e problemas da Sra. D.^a R. no seu domicílio. Concomitantemente, a avaliação multidimensional que realizámos permitiu-nos intervir junto dos vários prestadores de cuidados e antecipar complicações, ao mesmo tempo que respeitámos a individualidade da pessoa, negociando e incluindo-a nos cuidados.

Destacamos a disponibilidade e amabilidade com que fomos recebidas pela Sra. D.^a R.. Era uma idosa carente, com necessidade de afetos e que partilhou a sua vida connosco. Consideramos que o facto de se encontrar no seu espaço, com tempo e privacidade, tenha sido facilitador ao nível da entrevista, situação que não se verificou em contexto hospitalar. Conseguimos facilmente identificar a perceção que tinha da sua situação e gostaríamos de ter conseguido estabelecer uma relação mais próxima com a irmã de modo a perceber “o outro lado da história”.

No âmbito da Violência Interpessoal, conseguimos identificar alguns fatores de risco como género, idade, incapacidade física e história de depressão e conseguimos isolar também alguns sinais de uma possível exploração financeira ou até violência psicológica, de acordo com o que foi relatado. O contacto directo com esta situação fez-nos desenvolver competências relacionais, de comunicação e também de análise e reflexão indo ao encontro dos objetivos do nosso projeto.

Infelizmente, pelo curto tempo de estágio, não conseguimos apurar se a Sra. D.^a R. tinha conseguido vaga em alguma instituição, mas fizemos questão de assegurar a continuação da sua vigilância pela equipa da UCC, onde verificámos que dedicavam atenção especial a estas questões socialmente complexas.

Referências Bibliográficas

- Ackley, B., Herdman, T.H., Krogh, G.V., Lunney, M., Krainovich-Miller, B., Frauenfelder, F. ... Scroggins, L. (2013). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Definições e classificação*. Porto Alegre: Artmed.
- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23 (3), 327-330. Acedido a 13-11-2015. Disponível Em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366/10102>
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.
- Gambert, S. R. (2009). Comprehensive Geriatric Assessment: A Multidimensional Process Designed to Assess the Elderly Person's Functional Ability, Physical Health, Cognitive and Mental Health, and Socio-Environmental Situation. *American Society of Nephrology*, 1-4.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência.
- Gnjidic, D., Le Couteur, D. G., Kouladjian, L. & Hilmer, S.N. (2012). Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clinics in geriatric medicine*, 28(2), 237-253.
- Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceptuais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/309153/mod_resource/content/1/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf
- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A. & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas. Uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77.
- Wendt, N. C. & Crepaldi, M. A. (2008). A utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

APÊNDICE I

Mini-Mental State Examination

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? ✓ Em que país estamos? ✓

Em que mês estamos? ✓ Em que distrito vive? ✓

Em que dia do mês estamos? ✓ Em que terra vive? ✓

Em que dia da semana estamos? ✓ Em que casa estamos? ✓

Em que estação do ano estamos? ✓ Em que andar estamos? ✓

Total 10 pontos

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra ✓

Gato ✓

Bola ✓

Total 3 pontos

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27 ✓ 24 ✓ 21 X 18 ✓ 15 ✓

Total 4 pontos

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra

Gato ✓

Bola

Total 1 ponto

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. “Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio ✓

Lápis ✓

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” ✓

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita ✓

Dobra ao meio ✓

Coloca onde deve ✓

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos ✓

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. X

Total 7 pontos

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

X



Total 25/30

	Pontos
Analfabetos	Igual ou inferior a 15
1 a 11 anos de escolaridade	Igual ou inferior a 22
Escolaridade superior a 11 anos	Igual ou inferior a 27

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE II

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – Versão Curta

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado/desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória que outros da sua idade?	1	0
11	Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra?	1	0

PONTOS	
Sem depressão	0 – 5
Depressão Ligeira	6 – 10
Depressão Grave	11 – 15

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE III
Índice de Barthel

ITENS	Atividades Básicas de Vida diárias	Cotação
Alimentação	<u>Independente</u> (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda para cortar, levar a boca etc.)	⑤
	<u>Dependente</u>	0
Vestir	<u>Independente</u> (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	<u>Dependente</u>	①
Banho	<u>Independente</u> (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	<u>Dependente</u>	①
Higiene Pessoal	<u>Independente</u> (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	⑤
	<u>Dependente</u>	0
Uso da casa de banho	<u>Independente</u> (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	⑤
	<u>Dependente</u>	0
Controlo intestinal (Refere episódios de obstipação)	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	⑤
	<u>Incontinência fecal</u>	0
Controlo vesical	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
	<u>Incontinente ou algaliado</u>	①
Subir escadas	<u>Independente</u> (Sobe e desce as escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	<u>Dependente</u>	①
Transferência cadeira-cama	<u>Independente</u> (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	<u>Necessita de ajuda mínima</u> (Ajuda mínima e supervisão)	10
	<u>Necessita de grande ajuda</u> (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	⑤
	<u>Dependente</u>	0
Deambulação	<u>Independente</u> (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andador, canadianas)	15
	<u>Necessita de ajuda</u> (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	⑩
	<u>Independente com cadeira de rodas</u> (anda pelo menos 50 metros)	5
	<u>Dependente</u>	0

Total= 35 pontos

90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
< 20	Totalmente dependente

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE IV

Escala de Lawton e Brody

Atividades Instrumentais de Vida Diárias

1) Utilização de telefone	
<input checked="" type="radio"/> 1	Utiliza o telefone por iniciativa própria
1	É capaz de marcar bem alguns números familiares
1	É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
0	Não é capaz de usar o telefone
2) Fazer compras	
1	Realiza todas as compras necessárias independentemente
0	Realiza independentemente pequenas compras
0	Necessita de ir acompanhado para fazer compras
<input checked="" type="radio"/> 0	É totalmente incapaz de comprar
3) Preparação de refeições	
1	Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
0	Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
0	Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
<input checked="" type="radio"/> 0	Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições
4) Tarefas domésticas	
1	Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
1	Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
1	Realiza tarefas ligeiras, mas não ode manter um nível adequado de limpeza
0	Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
<input checked="" type="radio"/> 0	Não participa em nenhuma tarefa doméstica
5) Lavagem da roupa	
1	Lava sozinho toda a sua roupa
1	Lava sozinho pequenas peças de roupa
<input checked="" type="radio"/> 0	A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros
6) Utilização de meios de transporte	
1	Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
1	É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
1	Viaja em transportes públicos quando sai acompanhado
<input checked="" type="radio"/> 0	Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
0	Não viaja
7) Manejo de medicação	
1	É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas
<input checked="" type="radio"/> 0	Toma a medicação se a dose é preparada previamente
0	Não é capaz de administrar a sua própria medicação
8) Responsabilidade de assuntos financeiros	
1	Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
1	Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
<input checked="" type="radio"/> 0	Incapaz de manusear o dinheiro

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência Grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE V
Escala de Morse

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹³	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed read/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Resultado:

0-24 – Baixo Risco

25-44 – Médio Risco

≥45 - Alto Risco

Referência Bibliográfica:

Urbanetto, J. S. U., Creutzberg, M., Franz, F., Ojeda, S., Gustavo, A. S., Bittencout, Q. L. S., Farinam, V. A. (2013). Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Revista Escola Enfermagem São Paulo*, 47 (3), 569-575. Acedido 15/10/2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>

APÊNDICE VI

Classificação Funcional da Marcha de Holden

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.
1 <u>Marcha dependente</u> <u>Nível II</u>	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou manter o equilíbrio ou a coordenação.
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer uma ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andador

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE VII

Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg: 62	Altura, cm: 160	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	2
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	3
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	0
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 1 = não	2
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	2
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	3
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 1 2	
12-14 pontos: estado nutricional normal	
8-11 pontos: sob risco de desnutrição	
0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim não • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim não • carne, peixe ou aves todos os dias? sim não 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	
Avaliação global (máximo 16 pontos)	
Pontuação da triagem	
Pontuação total (máximo 30 pontos)	
Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos	estado nutricional normal
de 17 a 23.5 pontos	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	desnutrido

Referências
1. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-466.
2. Rubenstein LZ, Harker JD, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M395-377.
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:465-467.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Bibliografia:

GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 07/10/2016. Disponível em

http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE VIII

Elder Assessment Instrument

I. Avaliação Geral	Muito Bom	Bom	Baixo	Muito Baixo	Impossível Avaliar
1. Vestuário		X			
2. Higiene		X			
3. Nutrição		X			
4. Qualidade da pele		X			
5. Comentários adicionais: Da observação e avaliação efetuadas conseguimos perceber que, embora passe os dias em casa, a Sra. D.^a R. está bem agasalhada para a altura do ano. Não há evidência de maus cuidados de higiene. Apresenta um bom estado nutricional (já avaliado anteriormente) e mantém integridade cutânea neste momento.					
II. Possíveis indicadores de Abuso	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
6. Contusões	X				
7. Golpes	X				
8. Fraturas	X				
9. Vários estadios de cura de escoriações ou fraturas	X				
10. Evidência de abuso sexual	X				
11. Queixa de abuso repetido pelo idoso	X				
12. Comentários adicionais: Não observámos sinais físicos suspeitos.					
III. Possíveis indicadores de Negligência	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
13. Contraturas	X				
14. Lesões de Pressão	X				
15. Diarreia	X				
16. Depressão				X	
17. Impacto	X				
18. Desnutrição	X				
19. Queimaduras de urina	X				
21. Pouca higiene	X				
22. Falha na resposta a aviso de doença óbvia		X			
23. Medicação inadequada (carência/excesso)		X			
24. Readmissão hospitalar devido a provável falta de vigilância dos cuidados de saúde	X				
25. Queixas do Idoso por negligência repetida	X				
26. Comentários adicionais: Neste campo não observámos quaisquer lesões físicas. Existe história de depressão (comprovada na Escala de Depressão Geriátrica utilizada). Em relação ao item 22, há relato de falhas em consultas devido a poucos recursos económicos para o pagamento de transporte. No item 23, poderá existir evidência de polimedicação e também não conhecemos as circunstâncias da sua administração.					
IV. Possíveis indicadores de Exploração	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
27. Mau uso do dinheiro		X			
28. Evidência da exploração financeira		X			
29. Registos de exigências de bens em troca de serviços					X
30. Incapacidade para controlar dinheiro/bens			X		
31. Queixas do idoso de exploração repetida	X				
32. Comentários adicionais: A informação que possuíamos neste âmbito é de que a reforma da Sra. D.^a R. era gerida pela irmã. No entanto, há necessidades que exigem gasto de dinheiro que não são					

tidas em consideração, como, a título de exemplo, o transporte a consultas e o carregamento de telemóvel para poder comunicar com o filho.					
V. Possíveis indicadores de Abandono	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
33. Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas	X				
34. Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio	X				
35. Queixas do idoso de abandono repetido	X				
36. Comentários adicionais: Sem evidência a este nível.					
VI. Resumo	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
37. Evidência de Abuso	X				
38. Evidência de Negligência	X				
39. Evidência de Exploração		X			
40. Evidência de Abandono	X				
41. Comentários adicionais: A única forma de violência que podemos assumir com uma possibilidade, de acordo com o que foi avaliado, é a de exploração, tendo em conta que a Sra. D.^a R. tinha uma boa reforma. Segundo as enfermeiras da UCC, havia essa suspeita.					

VI. Comentários e seguimento:

Instruções: Não há "pontuação" para este instrumento

Bibliografia:

Fulmer, T. (2008). Screening for Mistreatment of Older Adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59.

Autor da versão traduzida e validada para Portugal:

Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2014). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD. Livro de Escalas e Testes na Demência (3.a edição). GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências.

APÊNDICE X

Instrumento de colheita de dados – questionário aplicado aos
enfermeiros do SUG

Questionário

Este questionário insere-se no percurso académico do 6º Curso de Pós-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Pretendo desenvolver um projeto no Serviço de Urgência Geral com o título: “Avaliação da Violência Interpessoal contra a pessoa idosa no contexto de um Serviço de Urgência Geral – A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si”

A sua opinião é essencial no sentido de perceber a sensibilidade para esta problemática.

Considere a pessoa idosa vítima (com suspeita, ou em risco) de Violência Interpessoal, que recorre ao Serviço de Urgência Geral (SUG). Quais as dificuldades que encontra perante estes casos, e/ou sentimentos/crenças com os quais se depara, enquanto enfermeiro a exercer funções nesse contexto?

Poderá seleccionar um ou mais itens.

Considero que a violência contra a pessoa idosa é um “assunto privado no qual não devo interferir”	
Considero que a violência não ocorre na população idosa que recorre ao SUG	
Julgo ser uma temática da responsabilidade de outros profissionais	
Não considero a violência contra a pessoa idosa como um problema de saúde	
Experiência pessoal, passada ou presente, relacionada com a violência: enquanto vítima/agressor	
Creio que a violência contra a pessoa idosa não é muito frequente	
Tento sempre perceber o comportamento do/a agressor/a	
Tenho medo de ofender a vítima	
Tenho receio de tornar pior a situação colocando em causa a integridade da vítima	
Tenho receio de tornar pior a situação colocando em causa a minha segurança	
A minha atuação no SUG é demasiado biomédica e não biopsicossocial	
Sinto-me impotente perante este tipo de situações	
Tenho receio de colocar em risco a relação profissional/utente	
Dificuldade em compreender a dinâmica da violência	
Desconheço estratégias de intervenção, por falta de formação e prática	

Outras? _____

Deixe as suas sugestões de intervenção, neste âmbito, no sentido de melhorar a nossa prática no SUG.

Obrigada pela colaboração!

Referências Bibliográficas:

Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa, DGS.

Rodríguez, R. & Moya, S. (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

APÊNDICE XI

Análise e discussão dos resultados obtidos no questionário realizado
aos enfermeiros do SUG

Análise e discussão dos resultados obtidos – questionário SUG

As características do Serviço de Urgência, associadas às circunstâncias do atendimento e às atitudes dos profissionais têm influência na capacidade das vítimas para abordarem a situação de violência que vivem (DGS, 2014). No entanto, nesta fase do nosso estágio, pretendíamos compreender porque razões a capacidade de atuação dos profissionais é limitada, mesmo quando há evidência de violência contra a pessoa idosa. Nesta perspectiva, a população alvo escolhida foi a equipa de enfermeiros, sendo que são elementos que partilham características em comum, neste caso a prestação de cuidados no SUG (Fortin, 1999). Qualquer enfermeiro do serviço pode ser confrontado, durante a prática diária, com pessoas idosas vítimas de violência interpessoal. Consequentemente, a escolha dos elementos para o preenchimento do questionário foi compatível com uma amostragem aleatória simples, em que qualquer elemento da população teria igual probabilidade de ser selecionado, independentemente de idade, género ou experiência profissional. A metodologia que usámos para o preenchimento do questionário foi a abordagem direta, explicando aos enfermeiros os objetivos do projeto e a sua pertinência no SUG e tendo obtido o seu consentimento.

O questionário aplicado apresentava duas componentes distintas: uma primeira, onde pretendíamos compreender quais as principais dificuldades, sentimentos ou crenças, sentidos pelos enfermeiros, quando confrontados com situações de violência, e que exigia a escolha de um ou mais itens neste âmbito, e uma segunda, em questão aberta, referia-se a sugestões de intervenção, no sentido de melhorar a nossa prática perante as situações de violência contra a pessoa idosa. Foi preenchido por 40 enfermeiros (não conseguindo contemplar elementos em regime de licença ou férias), que corresponde a cerca de 67% da população alvo.

Dos 40 enfermeiros todos colaboraram na componente de escolha múltipla e os resultados, de acordo com as categorias de análise escolhidas, foram tratados quantitativamente e encontram-se representados nos gráficos 1 e 2, em frequência e percentagem, respetivamente. No entanto, na segunda componente do questionário (em questão aberta), apenas obtivemos 18 sugestões de intervenção para a melhoria da prática de enfermagem no que se relaciona com a violência interpessoal

contra a pessoa idosa, o que corresponde a 45% da amostra e apenas a 30% da população alvo. Para a análise qualitativa dos dados foi utilizada uma metodologia de análise de conteúdo, de onde emergiram 3 categorias de análise.

ANÁLISE QUANTITATIVA

Dificuldades, sentimentos/crenças perante pessoas idosas vítimas de Violência Interpessoal

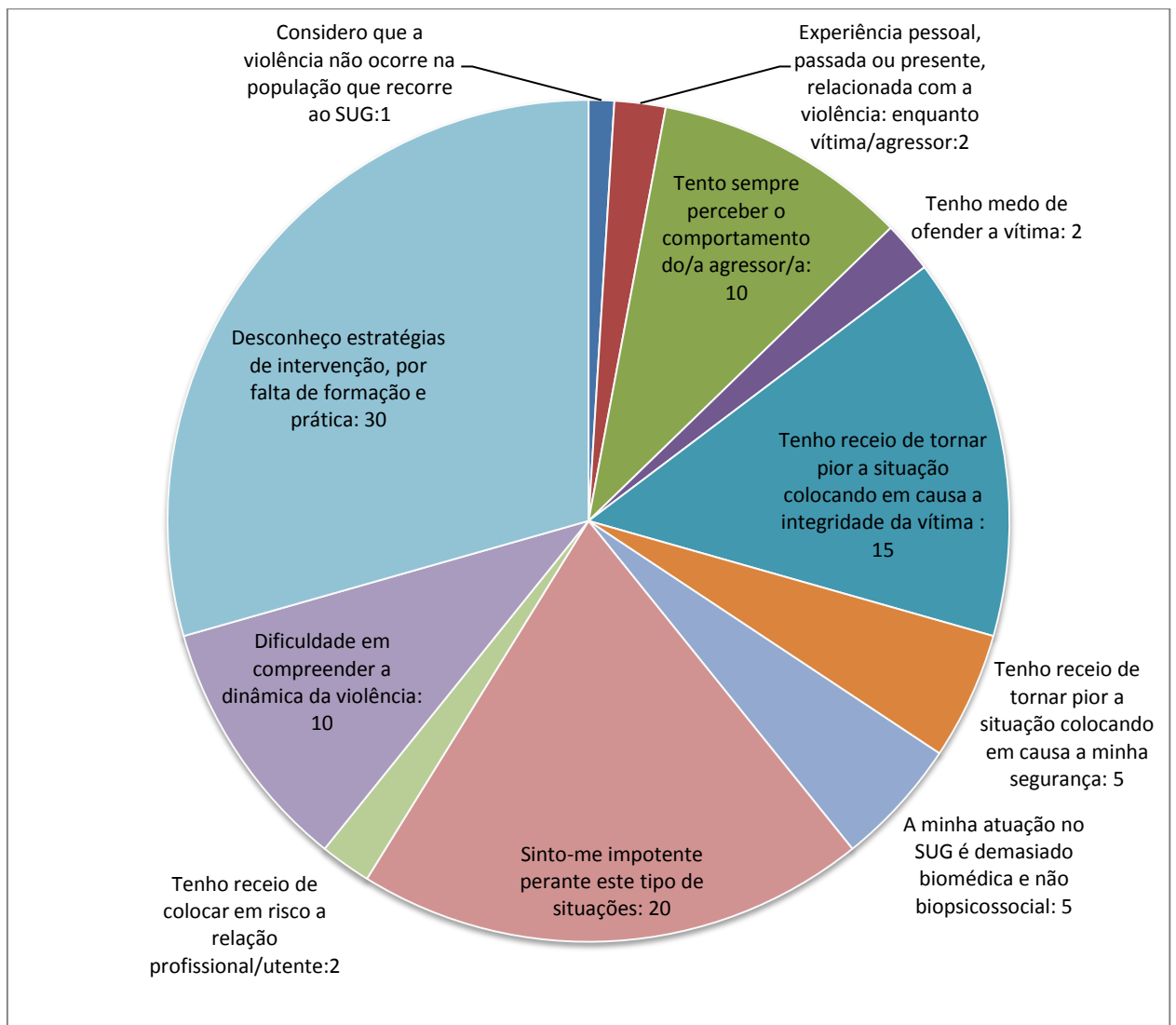


Gráfico 1- Distribuição em frequência das categorias de análise

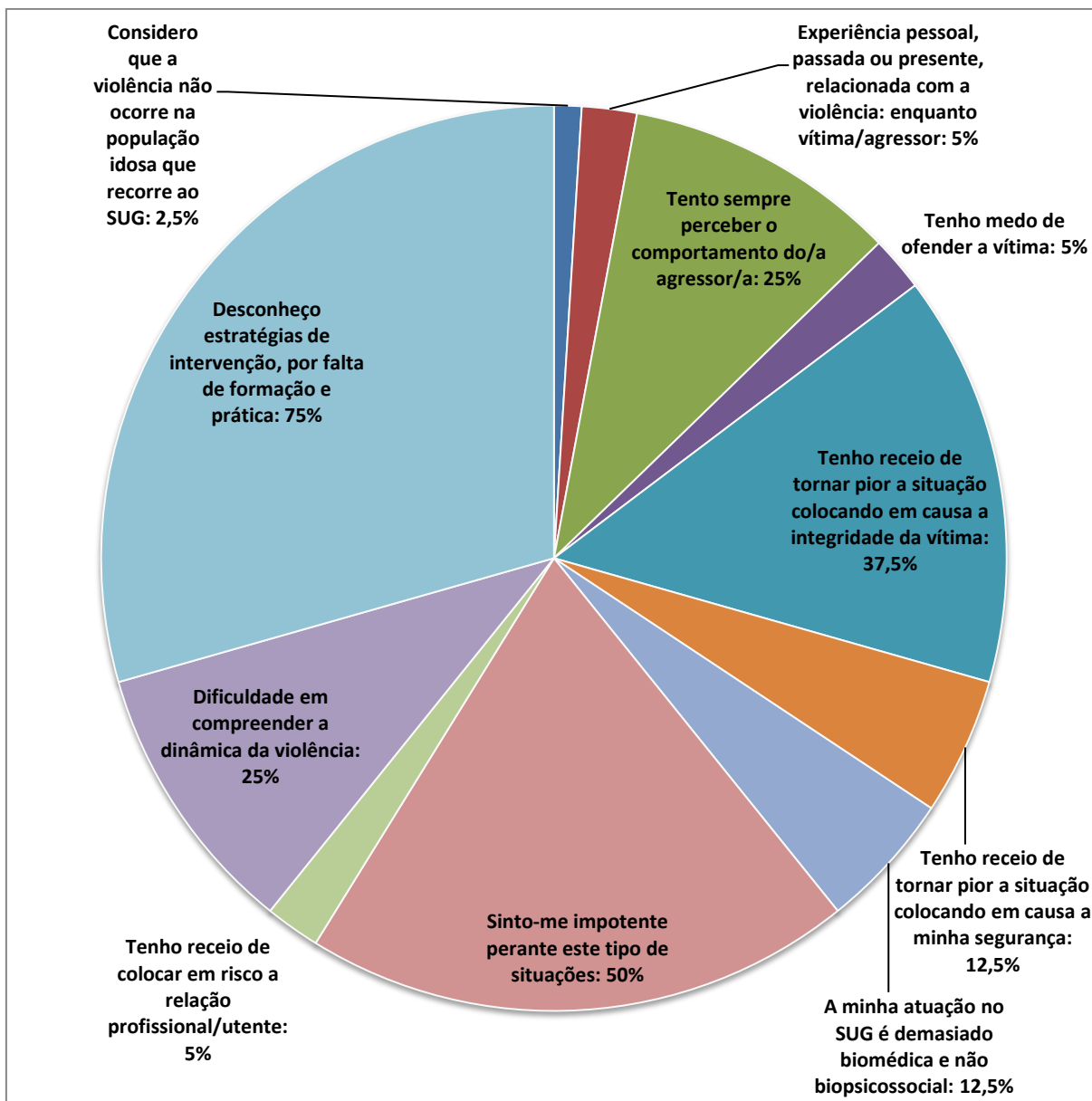


Gráfico 2- Distribuição em percentagem das categorias de análise

Perante os resultados obtidos verificámos que 4 categorias presentes no questionário não foram seleccionadas por nenhum dos elementos da amostra. Essas categorias são as seguintes:

- Considero que a violência contra a pessoa idosa é um “assunto privado no qual não devo interferir”;
- Julgo ser uma temática da responsabilidade de outros profissionais;
- Não considero a violência contra a pessoa idosa como um problema de saúde;
- Creio que a violência contra a pessoa idosa não é muito frequente.

Ao cruzar esta constatação com os resultados analisados quantitativamente, emerge a ideia da consciência que os enfermeiros têm para esta problemática, uma vez que consideraram a violência contra a pessoa idosa um assunto no âmbito da enfermagem de urgência, um problema de saúde frequente, sobre o qual deveriam estar capacitados para intervir.

A categoria que, indiscutivelmente, foi consensual em 75% da amostra, relaciona-se com o **desconhecimento de estratégias de intervenção, por falta de formação e prática**. Foi neste sentido que, algumas das atividades que nos propusemos a realizar posteriormente consistiram na ação de formação sobre a avaliação da violência interpessoal contra a pessoa idosa no serviço de urgência geral, assim como na elaboração de um protocolo de atuação sob a forma de fluxograma.

Metade da amostra refere-se ao **sentimento de impotência perante este tipo de situações**, ou seja, percebe que existe uma falta de controlo sobre a situação. Podemos relacionar esse sentimento à falta de conhecimento e formação sobre o assunto, supracitada, sendo que há percepção do problema que depois se traduz numa incapacidade para intervir.

Evidente na análise dos resultados é também a categoria que se relaciona com o **receio de tornar pior a situação colocando em cauda a integridade da vítima** (37,5%). Desta evidência emerge a ideia de que os enfermeiros se apercebem destas situações mas que não atuam pois consideram que seria pior para a pessoa idosa. O receio também está patente em 12,5% da amostra, mas no que se relaciona com a sua própria segurança, como profissional de saúde, ao interferir ou ao denunciar a situação de violência. A literatura refere que o receio de vingança por parte do agressor é uma das barreiras que impede os enfermeiros de denunciar este tipo de situações. Nesta perspetiva, a obrigatoriedade de denúncia foi assim um dos itens incluídos na ação de formação aos enfermeiros, onde se abordou o artigo 242º do Código do Processo Penal, visto tratar-se de um crime público que pode ser participado por qualquer pessoa, não dependendo de queixa da vítima.

O **modelo de atuação biomédico** foi selecionado por 12,5% da amostra e que demonstra que alguns enfermeiros assentam a sua prática na priorização e controlo das situações agudas, dando ênfase às técnicas, em detrimento da abordagem holística. O SUG é ainda um local onde os enfermeiros se centram mais

nos cuidados físicos e na execução de tarefas, sendo que a temática da violência contra a pessoa idosa entra na esfera do cuidado centrado na pessoa tendo em conta todas as suas dimensões. Neste sentido, todas as intervenções que realizámos são enunciadas com base num modelo de parceria, que permite ver a pessoa para além das suas necessidades imediatas e como uma parceiro de cuidados (Gomes, 2013). Esta ideia foi transmitida e partilhada à equipa de enfermeiros do SUG em todas as nossas atividades, principalmente através da ação de formação, da divulgação do estudo de caso e no próprio fluxograma de atuação.

A **tentativa de compreender o comportamento do/a agressor/a** foi uma categoria selecionada por 25% da amostra. Questionámo-nos no sentido de perceber o que levou os enfermeiros a optar por esta categoria e percebemos que podeira estar relacionado com as situações de negligência, e consequente falta de conhecimentos do potencial agressor, para lidar com a complexidade de cuidados associada à pessoa idosa. Muitas vezes deparamo-nos com situações de privação de cuidados, situações evidentes de negligência, associadas a efetiva preocupação do familiar ou prestador de cuidados, conduzindo-nos a uma ideia de não intencionalidade. Por outro lado, a tentativa de compreender o porquê da agressão junto do potencial perpetrador poderá estar relacionado com comportamentos de agressividade, confusão e agitação, presentes em muitas pessoas idosas, podendo a situação não corresponder ao relatado pela alegada vítima.

O **medo de ofender a vítima**, assim como o **receio de colocar em risco a relação entre o profissional/utente**, foram considerados por 5% da amostra. Estes fatores estão associados ao fato dos enfermeiros temerem que as suas suspeitas não tenham fundamento, assim como o medo de envergonhar a própria pessoa idosa que por si só já está numa situação de vulnerabilidade.

Apenas um enfermeiro da amostra (2,5%) considerou que este era um problema que não se verificava na população que recorria ao SUG.

7,5% da amostra ainda contemplou outras dificuldades relacionadas com a problemática, as quais não incluímos nos gráficos de análise, e que são relatadas da seguinte forma:

- *“falta de tempo para perceber e interagir com a pessoa de forma a aperceber-me de algumas situações de violência”* (2,5%);
- *“dificuldade de articulação com a assistente social”* (2,5%);
- *“dificuldade em identificar situações de violência psicológica”* (2,5%).

Após esta análise, consideramos que teria sido pertinente caracterizar a amostra, principalmente em relação ao tempo de exercício profissional no SUG, no sentido de compreender se os enfermeiros com mais tempo de experiência, neste contexto, seriam aqueles mais sensibilizados para a temática. Esta questão emerge da ideia que temos que os enfermeiros recém chegados aos serviço se preocupam muito com as questões tecnicistas e pouco com as questões do cuidado holístico.

ANÁLISE QUALITATIVA

Para a análise qualitativa dos dados foi usada, como já referimos, a técnica de análise de conteúdo. De acordo com Minayo (2007), esta compreende várias fases, que vão desde a pré-análise, passam pela exploração do material ou codificação, até ao tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Deste modo, procedemos à leitura integral das respostas, analisando os 18 textos (unidades de registo) relativos a sugestões de melhoria da prática em relação às situações de Violência Interpessoal contra a pessoa idosa, no contexto de SUG. Após essa análise e agregação dos dados, conseguimos identificar 3 categorias de análise:

- 1. Formação**
- 2. Adequação dos recursos humanos**
- 3. Existência de protocolo de atuação**

As duas primeiras categorias foram ainda divididas em subcategorias, de forma a contemplar as unidades de registo dos vários questionários. Estes resultados, com as respetivas unidades de enumeração (frequência), encontram-se apresentados nas tabelas seguintes e a sua interpretação é feita posteriormente.

Categoria de Análise	Sub-Categoria	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração	
Formação	Formação sobre o tema	<ul style="list-style-type: none"> - “Motivar os profissionais os profissionais para estarem alerta para esta temática” (questionário 9); - “Formação sobre o tema, identificando os possíveis sinais de alerta” (questionário 20); - “Formação sobre a temática no SUG, no sentido de melhorar os cuidados prestados à pessoa idosa vítima de violência” (questionário 21); - “Formação sobre a temática.” (questionário 24); - “Fazer formação e dar a conhecer o despacho 6378/2013 e destacar as especificidades da pessoa idosa” (questionário 32). 	5	11
	Formação sobre o modo de atuação	<ul style="list-style-type: none"> - “Mais formação relativamente à forma de detetar situações de violência e abordagem desta” (questionário 5); - “(...) não existe, ou não temos conhecimento, como profissionais de saúde, do melhor procedimento de atuação (questionário 7); - “Formação acerca de mecanismos a ativar para denunciar estas situações de violência” (questionário 8); - “Formação sobre as práticas e medidas legais que se podem realizar” (questionário 10); - “Formação sobre (...) estratégias de intervenção existentes” (questionário 20); - “(...) realizar no SUG formação na área de forma a desenvolvermos estratégias de intervenção...” (questionário 22); - “Formação de como agir/intervir de modo a resolver, ou tentar resolver, a situação de violência” (questionário 26). 	6	

Tabela 1 – Categoria de Análise - Formação

Categoria de Análise	Sub-Categoria	Unidades de Registro	Unidades de Enumeração	
Adequação dos Recursos Humanos	Intervenção de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - “Existência de mais profissionais com formação em enfermagem forense” (questionário 5); - “Identificar precocemente situações de risco, como por exemplo na triagem” (questionário 28); - (...) penso que o meu papel no SUG deveria ser de identificar potenciais situações de maus tratos e referenciá-las... “ (questionário 35). 	3	6
	Intervenção da Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> - “Existir uma assistente social permanente no SUG, a quem referenciar situações de violência” (questionário 13); - “Relacionamento mais estreito e simplificado com a assistente social” (questionário 24). 	2	
	Intervenção Multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> - “Penso que a abordagem desta temática no SUG dever ser multidisciplinar” (questionário 35). 	1	

Tabela 2 – Categoria de Análise – Adequação dos Recursos Humanos

Categoria de Análise	Unidades de Registro	Unidades de Enumeração
Existência de protocolo de atuação	<ul style="list-style-type: none"> - “Existência de protocolo prático, em que os profissionais se limitem a identificar os doentes (com etiqueta/nome) e em que conste na informação do Alert a denúncia da situação ...” (questionário 1); - “Melhorar a sinalização e encaminhamento das situações identificadas” (questionário 9); - “Encontrar estratégias de atuação perante a vítima e agressor” (questionário 15); - “Elaboração de um procedimento para seguirmos quando nos deparamos com situações de violência à pessoa idosa” (questionário 29); - “Penso que deveríamos ter um protocolo de atuação nestes casos, para facilitar a nossa atuação” (questionário 37). 	5

Tabela 3 – Categoria de Análise – Existência de protocolo de atuação

Perante esta análise, concluímos que a categoria que obteve mais unidades de enumeração diz respeito à formação, sendo sobreponível com a análise quantitativa já realizada. Dos 18 enfermeiros que responderam à questão colocada, 11 expressaram a necessidade de formação sobre o tema, assim como também sobre o modo de intervir. Este último vai ao encontro de outra categoria de análise que é a existência de um protocolo de atuação.

Através da recolha e análise destes dados, conseguimos traçar as nossas metas, que foram no sentido de colmatar essas lacunas existente no SUG. Assim, ao promover formação junto da equipa de enfermagem e ao elaborar um protocolo, sob a forma de fluxograma de intervenção multidisciplinar, demos resposta a uma necessidade expressa pelos enfermeiros.

Em relação à categoria de análise relacionada com a adequação dos recursos humanos, enunciada por 6 enfermeiros, poderemos dizer que a Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (que ainda não estava divulgada na altura) foi formada no sentido de melhorar a identificação, sinalização e consequente gestão destes casos, servindo como uma referência e apoio para os enfermeiros, do SUG e de toda a instituição.

Referências Bibliográficas:

Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência.

Minayo, M.C.S. (2007). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (10ª edição). São Paulo: HUCITEC.

APÊNDICE XII

Instrumento de colheita de dados (narrativa) aplicado aos enfermeiros chefes de
equipa do SUG

A sua opinião é essencial para poder construir um processo de parceria com a pessoa idosa exposta a violência e que vise capacitá-la para assumir o cuidado de Si.

As respostas são confidenciais.

1. Já se deparou com alguma situação de violência contra uma pessoa idosa?
Se sim, descreva-a à luz do ciclo reflexivo de Gibbs¹.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Planear a ação- se isso acontecer de novo, o que fazer?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE XIII

Corpo e análise das narrativas dos enfermeiros chefes de equipa
do SUG

Corpo e análise das narrativas

Os enfermeiros que seleccionámos para a elaboração das narrativas, de acordo com o instrumento de colheita de dados elaborado, eram elementos que assumiam a chefia de equipa, nos vários turnos. Existiam 5 enfermeiros chefes mas apenas obtivemos 4 narrativas, pois um deles encontrava-se de férias. Tinham idades compreendidas entre os 35 e os 40 anos e um tempo de exercício profissional num intervalo de 13 a 17anos. Todos eles eram enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica e reconhecidos pelo elevado nível de desempenho técnico e científico que detinham. Com capacidade de liderança e de tomada de decisão, envolviam-se em problemas e soluções relacionados com o serviço. Nessa perspetiva, em casos de maior complexidade, como as situações de violência, por exemplo, orientavam e eram uma referência para os outros elementos. Fez sentido assim, obter o relato de uma situação, no âmbito da Violência Interpessoal contra a pessoa idosa, com a qual se tivessem deparado durante a prática clínica. Foi-lhes pedido que o enunciassem com base no ciclo reflexivo de Gibbs, pois pretende-se, cada vez mais, que a prática de cuidados seja reflexiva (Jasper, 2003). Deste modo, as narrativas englobaram as seguintes etapas:

1. Descrição – *o que aconteceu?*
2. Sentimentos – *o que estou a pensar e a sentir?*
3. Avaliação – *o que foi bom e mau na experiência?*
4. Análise – *que sentido pode encontrar na situação?*
5. Planear a ação – *se isso acontecer de novo, o que fazer?*

Considerámos pertinente aplicar esta técnica pois a prática reflexiva assume-se essencial para a qualidade dos cuidados em enfermagem que se pretende que seja dentro de uma filosofia de Enfermagem Avançada. Esta, tal como o modelo de intervenção em **parceria** que adotámos para a realização do projeto também tem como principal foco de atenção a pessoa (Silva, 2007).

Seguidamente, são apresentadas as transcrições integrais das narrativas obtidas, sendo os enfermeiros numerados de 1 a 4, de forma aleatória, para preservar a confidencialidade.

Narrativas

Enfermeiro 1

“Uma doente que se encontrava em Sala Aberta teve alta e foi chamado o filho. Quando o filho chegou, com uma postura muito agressiva perguntou pela mãe e quando chegou perto dela disse: “O que arranjaste desta vez?”, tirou-a da maca rapidamente e à pressa ajudou-a a vestir e a mãe disse que queria ir ao WC e ele respondeu: “tenho pressa, logo fazes em casa”. Pensei como era possível um filho estar a tratar a mãe assim! Fiquei incrédulo e sem reação. Foi uma má experiência mas que me fez pensar se me deparasse de novo com uma situação idêntica como reagiria. A dificuldade seria intervir nesta situação que envolve dois familiares diretos, que seria visto pelo filho como uma intromissão no seio familiar, num assunto familiar. Ainda assim poderia ter intervido de forma a tentar acalmar o filho e fazê-lo perceber que a sua mãe necessitava de ser tratada de outra forma e precisava de satisfazer uma necessidade humana básica”

Enfermeiro 2

“Em contexto pré-hospitalar, fui prestar cuidados a um doente com cerca de 85 anos, cujo ‘motivo de chamada’ se baseava numa alteração do estado de consciência. No local encontrei uma pessoa emagrecida, desidratada, com franca dispneia, que nitidamente já de instalação prolongada pela cianose das extremidades e num ambiente pouco digno em termos de higiene. Abordando a cuidadora (filha) no sentido de melhor conhecer as circunstâncias da doente, a mesma afirma que não compra a medicação ao pai porque ele às vezes não a quer tomar e que ele não comia/bebia há uns dias porque ‘andava a recusar’. O meu sentimento de revolta teve de ser controlado no sentido de me poder dedicar e prestar os melhores cuidados ao doente e estabilizá-lo, mas alertei a filha para as condições inadmissíveis de negligência e maus tratos.

Numa situação futura evitarei o confronto com os cuidadores, dedicando-me apenas a prestar cuidados ao doente. Foi tão inesperado encontrar o doente naquelas condições de higiene e negligência, porque a filha recebeu-nos com uma postura empática e preocupada que talvez não tenha conseguido colher da melhor forma os dados à medida que fui detetando a circunstância em que o doente vivia. Em contexto pré-hospitalar temos que nos dedicar ao imediato, à estabilização do doente, e neste caso, à resolução da dispneia e da alteração do estado de consciência, não sendo viável comprometer os cuidados urgentes para fazer uma avaliação/ensino à família”

Enfermeiro 3

“Muitas são as situações com que nos deparamos no SUG em que podemos dizer que existe violência à pessoa idosa. Muitas vezes essa violência é cometida inadvertidamente, por desconhecimento do cuidador, pelas más condições e pobreza da nossa população. Lembro-me de uma doente insuficiente renal, em programa de hemodiálise, que recorre ao SUG por ter uma ferida na região sagrada. A doente residia com a filha. Quando a ferida foi observada era uma úlcera com grandes dimensões, com placa de necrose profunda. Foi realizado desbridamento cirúrgico e os ossos da região sagrada ficaram à mostra.

Quando a familiar foi confrontada com a situação, negou que a ferida tinha algum tempo de evolução, referindo que tinha aparecido no dia anterior. A utente tinha também outras feridas abrasivas na região trocantérica e coxas externas, que parecia que a fralda era mudada com pouco cuidado para a pele que a doente apresentava. Na altura fiquei muito revoltada, mas a familiar mentir sobre os acontecimentos, e não admitir/perceber que precisava de ajuda. Foi vantajoso podermos ajudar a familiar indicando-lhe que ela precisava de ajuda, que tipo de ajuda e onde a poderia solicitar.

Tive dificuldade em comunicar com a cuidadora da utente sem a acusar de negligência. No entanto percebi que a familiar/cuidadora também necessitava de ajuda para poder cuidar adequadamente. Penso que há pouca informação para os cuidadores de utentes que ficam mais dependentes de terceiros. Penso que por vezes a negligência é cometida por falta de informação mas também da pouca vontade em procurar ajuda. Por isso, o serviço social do hospital tem tanto trabalho. Sendo o hospital o primeiro contacto e onde percebem que precisam de ajuda para cuidar”

Enfermeiro 4

“Deu entrada no SUG uma idosa desnutrida, desidratada, com múltiplas úlceras por pressão (UPP), pensos repassados, e que apresentava muito mau estado de higiene. Idosa residente em lar.

Senti que os profissionais do lar não estavam a cuidar devidamente daquela idosa, não atendendo às suas necessidades e bem estar. Senti que nenhum ser humano deve ser tratado desta forma no final da sua vida.

Não vejo aspetos positivos nesta situação. Foi mau ver a idosa naquela situação, e contactar com a família (que chegou posteriormente).

Parece-me que estas situações devem ser sinalizadas para a assistente social, e os lares que cuidam destes idosos devem ser referenciados/denunciados.

Provavelmente, numa nova situação, irei estar mais desperta e tentar abordar de forma mais aberta os funcionários do lar e a própria família, para compreender melhor a situação e identificar possíveis causas deste tipo de violência.”

Análise qualitativa dos dados narrativos

Para analisar qualitativamente as narrativas, recorreremos à metodologia de análise de conteúdo. Apesar de 4 relatos de situações distintos, encontramos algumas características sobreponíveis, e recorreremos a uma técnica de categorização, onde isolámos os elementos e posteriormente os classificámos de modo a obter organização nas mensagens transmitidas em texto (Bardin, 2013). Identificámos alguns temas e, dentro destes, as categorias foram obtidas de uma forma mista, ou seja, algumas tiveram em conta o ponto de partida que propusémos aos enfermeiros chefes de equipa, usar o ciclo reflexivo de Gibbs, (categorias apriorísticas) e outras, foram identificadas posteriormente (categorias não apriorísticas), durante a leitura das narrativas, de modo a não limitar a abrangência de novos conteúdos, pertinentes no âmbito do projeto (Campos, 2004). A tabela 1 diz respeito aos temas e respetivas categorias identificados.

Temas	Categorias
Indicadores e/ou Sinais de Violência	<ul style="list-style-type: none">• Violência Psicológica• Negligência
Sentimentos	<ul style="list-style-type: none">• Ceticismo• Indignação
Dificuldades	<ul style="list-style-type: none">• Modelo de Intervenção• Lidar com a situação
Intervenções	<ul style="list-style-type: none">• Ação adotada com o familiar cuidador• Ação que poderia ter sido adotada com o familiar cuidador
Sugestões para a prática	<ul style="list-style-type: none">• Prática Reflexiva como motor de mudança na prática• Mudança perante situações de Violência

Tabela 1 – Temas e categorias

Nas tabelas seguintes são apresentadas as respetivas sub-categorias, assim como as unidades de registo e enumeração, seguidas da discussão dos resultados.

Temas	Categorias	Sub-categorias	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração	
Indicadores e/ou Sinais de Violência	Violência Psicológica	Intimidação	- "...Quando o filho chegou, com uma postura muito agressiva perguntou pela mãe e quando chegou perto dela disse: - " O que arranjaste desta vez? (...) – Enfermeiro 1"	1	2
		Imposição de regras	- "(...)tirou-a da maca rapidamente e à pressa, ajudou-a a vestir e a mãe disse que queria ir ao WC e ele respondeu: - " tenho pressa, logo fazes em casa ".– Enfermeiro 1	1	
	Negligência	Relatos de sub medicação	- "(...) afirma que não compra a medicação ao pai porque ele às vezes não a quer tomar (...)" – Enfermeiro 2	1	11
		Perda de peso, desnutrição, desidratação	- "No local encontrei uma pessoa emagrecida, desidratada ,(...)" – Enfermeiro 2 - "(...) e que ele não comia/bebia há uns dias porque 'andava a recusar'." – Enfermeiro 2 - "(...) idosa desnutrida, desidratada (...)" – Enfermeiro 4	3	
		Úlceras por pressão	- "Quando a ferida foi observada era uma úlceras com grandes dimensões , com placa de necrose profunda" – Enfermeiro 3 - "(...) com múltiplas úlceras por pressão (UPP), pensos repassados ." – Enfermeiro 4	2	
		Outras lesões inexplicadas	- "(...) A utente tinha também outras feridas abrasivas na região trocantérica e coxas externas, que parecia que a fralda era mudada com pouco cuidado para a pele que a doente apresentava." – Enfermeiro 3	1	
		Atraso na procura de cuidados	- "(...) com franca dispneia, que nitidamente já de instalação prolongada pela cianose das extremidades (...)" - Enfermeiro 2	1	
		Más condições de higiene	- "(...) num ambiente pouco digno em termos de higiene ." – Enfermeiro 2 - "(...) e que apresentava muito mau estado de higiene ." – Enfermeiro 4	2	
		Incongruência entre o tipo de lesão e a explicação dada	- "(...) negou que a ferida tinha algum tempo de evolução, referindo que tinha aparecido no dia anterior ." – Enfermeiro 3	1	

Tabela 2 – Indicadores e/ou Sinais de Violência

Temas	Categorias	Sub-categorias	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração	
Sentimentos	Ceticismo	Incredulidade	- “Pensei como era possível um filho estar a tratar a mãe assim! Fiquei incrédulo e sem reação ” – Enfermeiro 1	1	2
		Descrença nos cuidados	- “ Senti que os profissionais do lar não estavam a cuidar devidamente daquela idosa, não atendendo às suas necessidades e bem estar ”.– Enfermeiro 4	1	
	Indignação	Revolta com familiares	- “O meu sentimento de revolta teve de ser controlado (...)” – Enfermeiro 2 - “Na altura fiquei muito revoltada (...)” – Enfermeiro 3	2	3
		Injustiça na situação	- “ Senti que nenhum ser humano deve ser tratado desta forma no final da sua vida ” – Enfermeiro 4	1	
Dificuldades	Modelo de Intervenção	Modelo biomédico de cuidados	- “Em contexto pré-hospitalar temos que nos dedicar ao imediato , à estabilização do doente, e neste caso, à resolução da dispneia e da alteração do estado de consciência, não sendo viável comprometer os cuidados urgentes para fazer uma avaliação/ensino à família” – Enfermeiro 2	1	1
	Lidar com a situação	Receio de se intrometer na esfera familiar	- “A dificuldade seria intervir nesta situação que envolve dois familiares diretos, que seria visto pelo filho como uma intromissão no seio familiar, num assunto familiar ” – Enfermeiro 1	1	3
		Dificuldades de comunicação com prestadores de cuidados	- “Tive dificuldade em comunicar com a cuidadora da utente sem a acusar de negligência.” – Enfermeiro 3	1	
		Enfrentar a família perante a situação	- “ Foi mau ver a idosa naquela situação, e contactar com a família (que chegou posteriormente).” – Enfermeiro 4	1	

Tabela 3 – Sentimentos e Dificuldades

Temas	Categorias	Sub-categorias	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração	
Intervenções	Ação adotada com o familiar cuidador	Alertar a família para as condições de negligência	- “(...) alertei a filha para as condições inadmissíveis de negligência e maus tratos.” – Enfermeiro 2 - “Quando a familiar foi confrontada com a situação (...)” – Enfermeiro 3	2	3
		Chamar a atenção para a necessidade de ajuda do familiar cuidador	- “ (...) indicando-lhe que ela precisava de ajuda , que tipo de ajuda e onde a poderia solicitar” – Enfermeiro 3	1	
	Ação que poderia ter sido adotada com o familiar cuidador	Ensino ao familiar sobre a forma de lidar com a pessoa idosa	- “ (...) poderia ter intervindo de forma a tentar acalmar o filho e fazê-lo perceber que a sua mãe necessitava de ser tratada de outra forma (...)” – Enfermeiro 1	1	1

Tabela 4 – Intervenções

Temas	Categorias	Sub-categorias	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração	
Sugestões para a prática	Prática reflexiva como motor de mudança da prática	Repercussões negativas da experiência, após análise da situação	- “ Foi uma má experiência mas que me fez pensar se me deparasse de novo com uma situação idêntica como reagiria.” – Enfermeiro 1 - “Foi tão inesperado encontrar o doente naquelas condições de higiene e negligência, porque a filha recebeu-nos com uma postura empática e preocupada (...)” - Enfermeiro 2 - “ Não vejo aspetos positivos nesta situação ” – Enfermeiro 4	3	4
		Repercussões positivas da experiência, após análise da situação	- “ Foi vantajoso podermos ajudar a familiar (...)” – Enfermeiro 3	1	
	Mudança perante situações de violência	Evitar o confronto com os familiares	- “Numa situação futura evitarei o confronto com os cuidadores , dedicando-me apenas a prestar cuidados ao doente” – Enfermeiro 2	1	6
		Capacitar os familiar para cuidar, vendo-o como parceiro de cuidados	- “ Penso que por vezes a negligência é cometida por falta de informação mas também da pouca vontade em procurar ajuda. Por isso, o serviço social do hospital tem tanto trabalho. Sendo o hospital o primeiro contacto e onde percebem que precisam de ajuda para cuidar” – Enfermeiro 3	1	
		Fazer uma boa avaliação (colheita da dados) da situação	- “(...) que talvez não tenha conseguido colher da melhor forma os dados ” – Enfermeiro 2 - “ Penso que há pouca informação para os cuidadores de utentes que ficam mais dependentes de terceiros. – Enfermeiro 3 - “ Provavelmente, numa nova situação, irei estar mais desperta e tentar abordar de forma mais aberta os funcionários do lar e a própria família , para compreender melhor a situação e identificar possíveis causas deste tipo de violência.” – Enfermeiro 4	3	
		Articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar	- “ Parece-me que estas situações devem ser sinalizadas para a assistente social, e os lares que cuidam destes idosos devem ser referenciados/denunciados. ” – Enfermeira 4	1	

Tabela 5 –Sugestões para a prática

Discussão dos dados

Da análise dos dados emergem vários aspetos relativos a intervenção na situações de violência contra as pessoas idosas que importa refletir e discutir tendo em conta o que refere a literatura. Assim, caracterizando as pessoas idosas que foram referenciadas nas 4 narrativas apresentadas, 3 dizem respeito a pessoas do género feminino, sendo que este é um dos fatores de risco ao nível da vítima (DGS, 2014). Além disso, podemos perceber, através das situações descritas, que se tratavam de pessoas com alguma dependência de terceiros e, exceto uma delas, tinham como cuidadores informais a família. Esta, devia proporcionar segurança e conforto mas a evidência diz-nos que nem sempre isso se verifica, podendo ser o cenário de desigualdades, abusos e violência (Ibáñez, 2012). Esta foi uma questão que já tínhamos explorado, anteriormente, na nota de campo realizada no SUG (APÊNDICE V).

Temos um relato de um filho, com “*uma postura muito agressiva*”, que se dirigiu à própria mãe de uma forma menos adequada e negou-lhe a possibilidade de ir ao WC quando esta verbalizou essa vontade. Enquadrámos esta situação no contexto de **violência psicológica** pois verificou-se que houve imposição de regras e uma atitude de intimidação. Alguns estudos têm demonstrado que a violência psicológica pode ser tão grave como a física e causar danos mais significativos e persistentes (Redondo et al., 2012). No entanto, a negação para a satisfação de uma necessidade humana básica vai também ao encontro de uma situação de **negligência**. Várias situações que foram descritas orientaram-nos para a possibilidade de violência desta natureza e identificámos relatos de desnutrição e desidratação, úlceras por pressão, más condições de higiene, incongruência entre o tipo de lesão e a explicação dada, assim como lesões sem explicação, e atraso na procura de cuidados. Privar qualquer indivíduo de necessidades, quer seja a nível emocional, saúde, educação, nutrição, segurança, habitação, entre outros, insere-se no campo da negligência/privação (Redondo et al., 2012). Temos também um relato sugestivo de uma filha que não compra a medicação ao pai porque, às vezes, ele não a quer tomar. No entanto, há autores que defendem que a sub-medicação, tal como a sobre medicação, se insere no contexto de violência física (Ferreira-Alves, 2005).

A literatura é consensual ao definir dois tipos de negligência: a ativa e a passiva. Na primeira, há intencionalidade por parte do perpetrador e, na segunda, a negligência resulta da falta de conhecimentos e/ou da negação por parte do perpetrador, quanto à insuficiência ou ausência dos cuidados prestados (DGS, 2014). Esta questão também foi abordada pelos enfermeiros nas narrativas, sendo que nos dois casos em questão, o potencial perpetrador era a família. Um dos participantes que, no seu processo de reflexão, assume a importância de compreender a situação, referiu-se à pouca informação que existe para os prestadores de cuidados de pessoas dependentes. Muitos autores defendem que se deve trabalhar junto destas famílias e/ou prestadores de cuidados para atenuar os sentimentos que estão associados à responsabilidade de cuidar de alguém dependente, referindo que também devem ser considerados um alvo de cuidados por parte dos profissionais de saúde (Figueiredo & Sousa, 2008, Gratão et al., 2013). Outro relato, neste âmbito, diz respeito a uma pessoa idosa em más condições de higiene e negligência, embora a filha se tenha mostrado empática e preocupada. A literatura também considera que um dos indicadores de suspeita pode ser ter-se uma atitude de preocupação excessiva por parte do prestador de cuidados (DGS, 2014). Assim, é muito importante analisar com cuidado estas situações.

Relativamente aos sentimentos referidos pelos participantes enfermeiros, emergiram dos dados dois tipos de sentimentos: o ceticismo e a indignação. Dentro do primeiro, o enfermeiro 1 descreve ter ficado “*incrédulo e sem reação*”, de onde ficámos com a ideia de que não estaria a acreditar no que estava a presenciar e não soube como reagir. Já outro enfermeiro revelou o ceticismo traduzido na descrença em relação à qualidade dos cuidados prestados à idosa em questão, no referido contexto (lar). Três enfermeiros mostraram-se indignados com a situação, traduzindo-se no sentimento de revolta para com os familiares e com a sensação de injustiça na situação presenciada. Vários estudos têm sido realizados no sentido de perceber o porquê destes casos não serem relatados mesmo quando há evidência de violência e mesmo quando os enfermeiros estão sensibilizados para a questão. Refletindo sobre as situações que vivenciaram, e tal lhes foi pedido, os enfermeiros descreveram o que sentiram e a literatura refere que é comum os enfermeiros sentirem-se indignados e impotentes perante situações de violência (Sousa & Ribeiro, 2013).

Foi-nos possível identificar, em todas as narrativas, as dificuldades que os enfermeiros encontraram perante as situações. Uma das categorias encontradas relaciona-se com o modelo de atuação e que, emerge aqui, com especial pertinência dado o contexto de cuidados onde nos inserimos. O único enfermeiro que descreveu a situação fora do campo da urgência, mas mesmo assim em situação crítica, referiu que, ao deparar-se com o caso, sentiu necessidade de intervir junto da família mas que, dada a situação da pessoa idosa, não conseguiu distanciar-se de um modelo de atuação biomédico. Assumiu que é assim que atua em contexto pré-hospitalar e que *“não é viável comprometer os cuidados urgentes para fazer uma avaliação/ensino à família”*. No entanto, já no questionário que aplicámos à equipa de enfermeiros do SUG, constatámos que 12,5% da amostra sugeria que a sua atuação no SUG se direcionava para o controlo de situações agudas, prorizando a vertente tecnicista e colocando em segundo plano a vertente holística.

Outra dificuldade categorizada foi a de lidar com a situação em si. É feita alusão a um dos obstáculos para a sinalização da violência e que é o medo de se intrometer entre dois familiares, uma ideia ainda enraizada, de que a violência é um assunto estritamente familiar. Noutro relato, é admitida a dificuldade sentida em relação à comunicação com o potencial agressor sem acusá-lo e outro enfermeiro, referiu que teve dificuldade em presenciar a situação, relatando o seu desagrado com a possibilidade de negligência a que pessoa idosa estaria a ser alvo no lar e, neste sentido, ter que encarar a família que provavelmente desconhecia esses contornos.

Um tema que conseguimos isolar através da leitura das narrativas diz respeito às intervenções, sendo categorizado em duas vertentes distintas: a ação adotada com o familiar e aquela que, no momento de reflexão, pensam que poderiam ter adotado. Assim, obtivemos 3 unidades de registo e enumeração, onde 2 enfermeiros intervieram junto da família no sentido de a alertar para a situação de possível negligência e outro enfermeiro que chamou a atenção para a necessidade que o familiar tinha de ajuda. Apenas um enfermeiro considera que o poderia ter intervido na altura de outro modo, com objetivo de fazer perceber ao filho que a mãe precisava ser tratada de outro modo.

Já no tema das sugestões para a prática, considerámos pertinente a inclusão, e a aplicação de uma prática reflexiva, analisando a situação relativamente a repercussões positivas e negativas. Nesta perspetiva, Alarcão & Roldão (2008)

sugerem que a prática reflexiva promove uma atitude de análise relativamente à ação tomada e motiva para a adoção de novos comportamentos no futuro. Apenas um enfermeiro refere que foi positivo poder auxiliar a família. Três outros enfermeiros, após analisar retrospectivamente a situação, julgaram-na como negativa, como uma má experiência, não esperando encontrar uma pessoa em condições como a que descreveram. Esta análise vai ao encontro da outra categoria identificada no mesmo tema: mudança perante situações de violência. Dentro da mesma isolámos 4 sub-categorias, de acordo com os textos analisados: o evitar o confronto com os familiares, a sua capacitação para os cuidados, vendo-o como um parceiro, fazer uma boa avaliação da situação (colheita de dados) e a articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar. Um participante enfermeiro referiu que, futuramente, evitará o confronto com familiares e outro compreende a necessidade que os estes têm de ser capacitados e ajudados para cuidar. Encontrámos 3 registos relativos à boa colheita dos dados e apenas uma unidade de registo no que se refere especificamente à articulação com a equipa multidisciplinar, onde há apenas um enfermeiro que aborda a questão da sinalização e da denúncia.

Considerações Finais

Fazer este exercício reflexivo exigiu que os enfermeiros chefes de equipa explorassem as necessidades e dificuldades que existem neste âmbito, compreendendo a importância de trabalhar junto dos restantes elementos para proporcionar os melhores cuidados e segurança às pessoas idosas no SUG. Para o nosso projeto, foi essencial ter esta perceção e poder intervir também junto das chefias de equipa. Promover a adoção de um modelo de enfermagem em parceria com as pessoas idosas e suas famílias, ou prestadores de cuidados, implicaria uma prática melhorada no futuro, e fornecer formação de acordo com as suas necessidades iria assim ao encontro dos objetivos do projeto.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, I. & Roldão, M. C. (2008). *Supervisão: Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Mangualde: Edições Pedagogo.
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70.
- Campos, C .J. G. (2004). Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.
- Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idoso dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1), 15-24.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. *Psicologia Forense*, 1-43.
- Gratão, A. C. M., Talmelli, L. F. S., Figueiredo, L. C., Rosset, I., Freitas, C. P. & Rodrigues, R. A. P. (2013). Dependência Funcional de idosos e sobrecarga do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 47(19), 134-141.
- Ibáñez, J. A. (2012). *El maltrato familiar hacia las personas mayores: un análisis sociojurídico*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. United Kingdom: British Library.
- Redondo, J., Pimentel, I. & Correia, A. (2012). *Manual SARAR – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*. Ceira: Serviço de Violência Familiar – Hospital Sobral Cid, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Silva, A.P. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1), 11-20.
- Sousa, L. & Ribeiro, A. P. (2013). Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. *Saúde e Sociedade*, 22(3), 866-877.

APÊNDICE XIV

Ação de formação apresentada no SUG

Avaliação da Violência Interpessoal contra a pessoa idosa no contexto de um Serviço de Urgência Geral

A parceria como intervenção de enfermagem
na promoção do cuidado de Si

Docente:
Professora Doutora Idalina Gomes

Discente:
Carla Leocádio

Índice

Introdução

- 1. Objetivos da formação**
- 2. Problemática/ Pertinência do Projeto**
- 3. Finalidade e Objetivos do Projeto**
- 4. Revisão da Literatura sobre violência contra a Pessoa Idosa**
- 5. Aspetos Éticos e Deontológicos**

Conclusão

Referências Bibliográficas

INTRODUÇÃO

- É pelo **envelhecimento demográfico** que caracteriza a sociedade atual que a problemática da **violência** contra as pessoas idosas ganha maior visibilidade¹
- De acordo com a **Organização Mundial de Saúde (OMS)** prevê-se que no ano de 2050, um terço da população a nível mundial tenha uma **idade superior a 60 anos**²
- **Só no início dos anos 80** é que começou a ser reconhecido como um grave problema social, vindo a público através da denúncia por parte de profissionais que trabalhavam directamente com as pessoas idosas vítimas de violência³

1 - Santos, A.J., Fernandes, A.A. & Gil, A.P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77

2 - WHO (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Denmark: World Health Organization

3 - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual titono para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime e de violência*. Disponível em http://www.apav.pt/intranet16/images/manuais/manuais_intranet/Manual_Titono.pdf. Acedido a 2 de dezembro de 2014.

1. OBJETIVOS DA FORMAÇÃO

- Clarificar conceito de violência
- Sensibilizar a equipa para a temática da violência contra a pessoa idosa
- Apresentar resultados dos questionário realizado e a descrição das principais dificuldades
- Abordar aspetos éticos e deontológicos

2. PROBLEMÁTICA PERTINÊNCIA DO PROJETO

Elevada
afluência de
pessoas idosas
ao SUG



Sensibilidade
para a
problemática
da VIOLENCIA
na pessoa
idosa



Falta de
uniformização
de critérios de
atuação

O aumento da violência nas suas diferentes formas tem vindo a ser reconhecido por várias organizações internacionais como **um dos mais graves problemas de saúde pública** no emergir do século XXI¹

Os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que exigem⁵

1 - Santos, A.J., Fernandes, A.A. & Gil, A.P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77

5 - Saliba, O., Garbin, C.A.S., Garbin, A.J.I. & Dossi, A.P. (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, 41 (3), 472-477

Reconhecida a violência, em todas as suas dimensões, como um preocupante problema de saúde pública, cujo impacto negativo na vida dos cidadão pode acontecer **em qualquer fase do ciclo vital**, justifica-se a tomada de iniciativas no quadro do Sistema de Saúde, na perspetiva de **melhorar os modelos organizativos dos serviços e incrementar a qualificação dos profissionais** para responderem rápida e adequadamente⁶

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa, DGS.

Os profissionais de saúde “através do seu contacto continuado com famílias e pessoas idosas” estão em **posição privilegiada** para:

- Identificar este tipo de situações
- Intervir preventivamente ao reconhecer situações de risco
- Identificar pessoas idosas/famílias que necessitem de proteção⁷

7 - Costa, I., Pimenta, A., Brigas, D., Santos, L. & Almeida, S. (2009) – Maus tratos nos idosos: abordagem nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 537-542. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10667&path%5B%5D=10403>. Acedido a 6 de janeiro de 2015

OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DEVERÃO assumir um papel importante, na medida em que será o PRIMEIRO CONTACTO com a pessoa idosa com um serviço de saúde

Pretende-se uma atuação pró-ativa na deteção e encaminhamento de casos de violência a pessoas idosas, tal como na deteção de fatores de risco, alicerçada em critérios uniformizados de atuação e no estabelecimento de protocolos com outras entidades (serviços de apoio social e/ou saúde comunitária)⁸

8 - Hardin, E. & Khan-Hudson, A. (2005). Elder Abuse – “Society's Dilemma”. *Journal of the National Medical Association*, 97 (1) 91-94

Questionário aplicado à equipa de enfermagem do
Serviço de Urgência Geral
(Amostra: 40 enfermeiros)

Quais as dificuldades que encontra perante estes casos, e/ou
sentimentos/crenças com os quais se depara, enquanto enfermeiro a
exercer funções nesse contexto?

75% desconhece estratégias de intervenção, por falta de
formação e prática

50% sentimento de impotência perante este tipo de situação

37,5% tem receio de tornar pior a situação colocando em causa
a integridade da vítima

25% tenta sempre perceber o comportamento do agressor

25% tem dificuldade em compreender a dinâmica da violência

Questionário aplicado à equipa de enfermagem do
Serviço de Urgência Geral

Outras dificuldades expressas:

*“falta de tempo para perceber e interagir com a pessoa de forma a
me aperceber de algumas situações de violência”*

“dificuldade de articulação com a assistente social”

“dificuldade em identificar situações de violência psicológica”

*“idosos que sofrem maus tratos em lar...após identificar a situação
de risco não existe encaminhamento para outra instituição no
imediato”*

Sugestões

(alguns exemplos)

- “Existência de profissionais com **formação em enfermagem forense**”
- “**Mais informação** relativamente à forma de detetar situações de violência e a abordagem desta”
- “Falta de conhecimento sobre melhor procedimento de atuação para ajudar/encaminhar a vítima de forma a ajudá-la na recuperação e prevenção de eventuais novas situações”
- “**Formação** de como agir/intervir de modo a resolver ou tentar resolver situações de violência”
- “**Formação** (...) identificando os possíveis sinais de alerta e estratégias de intervenção existentes”
- “**Elaboração de um procedimento** para seguirmos quando nos deparamos com situações de violência”
- “**Melhorar a sinalização e encaminhamento** das situações identificadas”
- “Abordagem deverá ser multidisciplinar” (...) “**Gabinete dedicado a casos de violência**”
- “Relacionamento mais estreito e simplificado com a assistente social”
- “**Execução de protocolo prático** em que os profissionais se limitem a identificar os doentes (com etiqueta) em que conste a informação no Alert, a descrição da situação, etc...”

3. FINALIDADE E OBJETIVOS DO PROJETO

Finalidade do projeto



Adquirir competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente no que concerne à violência contra a mesma.

MODELO DE INTERVENÇÃO: processo de **PARCERIA**, para promoção do cuidado de Si

Objetivos do Projeto



1. Adquirir e desenvolver competências enquanto enfermeira especialista, na prestação de cuidados de enfermagem em parceria à pessoa idosa, com suspeita, em risco ou vítima de violência, em contexto de Serviço de Urgência Geral e na comunidade

2. Promover mudança nas práticas das equipas de enfermagem do SUG e da UCC na abordagem à pessoa idosa, com suspeita, em risco ou vítima de violência, nomeadamente em relação à prevenção, identificação e encaminhamento.

A pessoa idosa tinha outra valorização na sociedade e na família^{7,9}

- Reconhecimento social
- Conhecimentos
- Experiências de vida
- Poder



- Encarada como um “fardo” com necessidade de cuidados⁷
- “falta de preparação” de familiares (e/ou prestadores de cuidados) e instituições para lidar com as questões sociais e psíquicas próprias do envelhecimento têm conduzido ao aumento de **situações de violência**⁷

7 - Costa, I., Pimenta, A., Brigas, D., Santos, L. & Almeida, S. (2009) – Maus tratos nos idosos: abordagem nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 537-542.
9 - Coler, M. A, Lopes, M. & Moreira, A. (2008). Os profissionais de saúde frente a violência no idoso. *Mudanças – psicologia da Saúde*, 16 (2), 116-122

No campo da Saúde a OMS, em 2002, publicou o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no qual está contido um **conceito de violência** que se mantém como referência atual

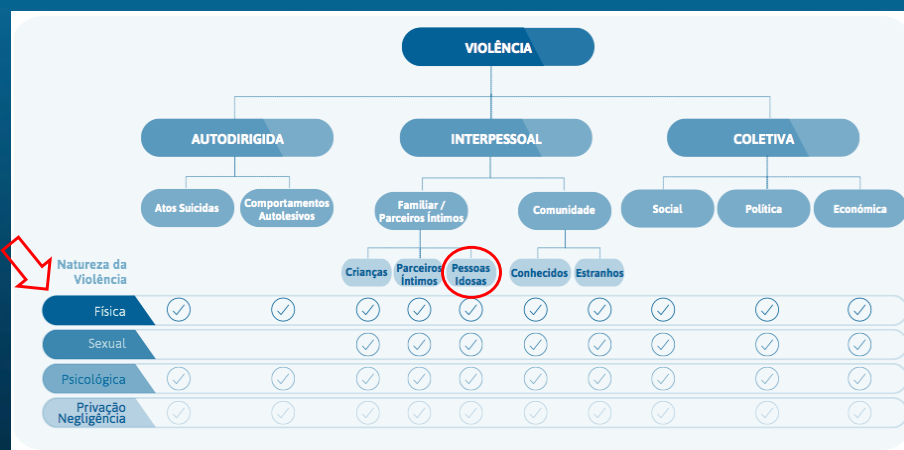
Uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação”¹⁰

A OMS entende por **violência contra pessoas idosas**

“Qualquer forma de negligência ou de abuso físico, mental, sexual, ou financeiro sofrido a partir dos 60 anos de idade”¹¹

10 - Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneve: WHO. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf. Acedido a 15 de Maio de 2015
11 - Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo, I. I., Lowenstein, A., Manthorpe, G. & Karki, F. U. (2001). *European Report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf, acedido a 4 de Junho de 2015

TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA



Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health* In Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

A violência contra os idosos nega a condição de pessoa humana presente na Constituição da República (artº. 72º): “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”.¹²

•PNSPI assenta em três estratégias de intervenção, sendo a última a promoção de desenvolvimento de ambientes capacitadores e refere-se a uma orientação técnica para os profissionais de saúde na deteção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas.¹³

“O enfermeiro, no seu exercício (...)assume o dever de salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto-cuidado com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida”
(Art. 81º alínea c do CDE)¹⁴

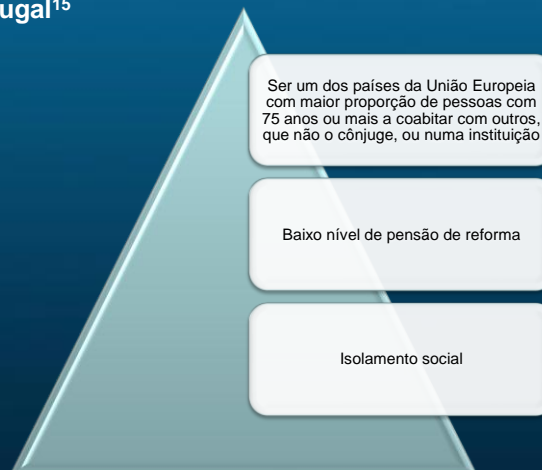
“O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias”
(Art. 82º alínea a do CDE)¹⁴

12 - Constituição da República Portuguesa (2005). Acedido a 03/07/2015. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

13 – Direção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Acedido a 10/06/2015. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

14 - OE (2009). Código Deontológico. Acedido a 07/03/2015. Disponível em <http://www.ordenenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>

Particularidades que tornam a pessoa idosa vulnerável face a situações de violência em Portugal¹⁵



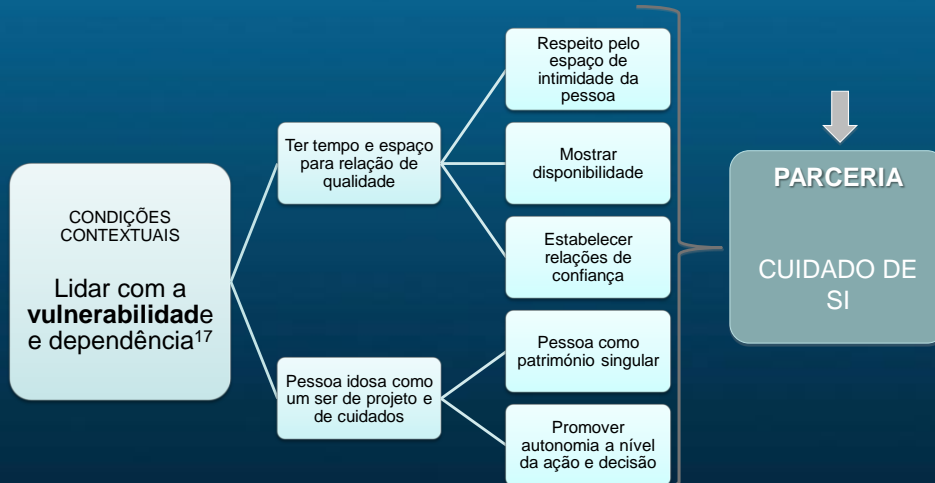
15 - Gaymu, J., Festy, P., Poulain, M. & Beets, G. (2008). Future Elderly Living Conditions in Europe, In Santos, A.J., Fernandes, A.A. & Gil, A.P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77

QUADRO DE REFERÊNCIA/CONCETUALIZAÇÃO

A **violência contra as pessoas idosas** está associada às condições de **vulnerabilidade** física e psicológica das pessoas que envelhecem tornando-as susceptíveis a situações de **dependência** extrema face a família e outros¹⁶

16 - Gil, A. P., Fernandes, A. A. (2011) "No trilha da negligência..." configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas, *Forum Sociológico*, 21, 111-120. Disponível em <http://sociologico.revues.org/471>. Acedido a 28 Abril 2015

QUADRO DE REFERÊNCIA/CONCETUALIZAÇÃO



17 - Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (77-110). Loures: Lusociência

5. ASPETOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

SIGILO E SEGURANÇA

O compromisso de confidencialidade por parte dos profissionais de saúde é fundamental para conquistar e manter a confiança por parte dos utentes

Procedimentos que garantam o sigilo acerca das informações prestadas pelas vítimas e nas acções que são tomadas

O dever da confidencialidade neste âmbito justifica-se não só pelas questões éticas e deontológicas inerentes à profissão mas também por questões de segurança – fugas de informação, acidentais ou deliberadas, podem colocar em risco a vítima ou pessoas próximas

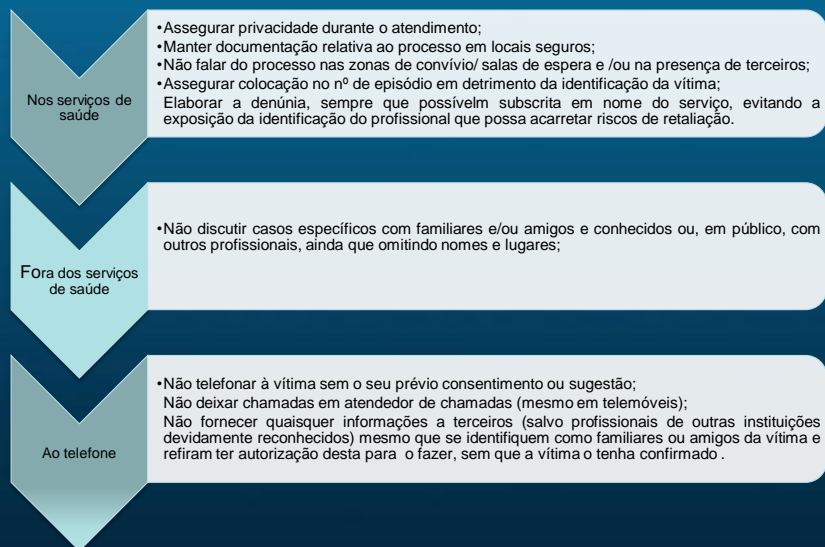
6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

SIGILO E SEGURANÇA

Exceção para as situações em que há autorização expressa por parte da vítima e as que dizem respeito aos casos de partilha de dados entre instituições corresponsáveis pela gestão dos casos

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

Procedimentos que devem ser assegurados



6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

SIGILO E SEGURANÇA

Procedimentos que devem ser assegurados junto da vítima

Ajudá-la a manter a confidencialidade sobre seu próprio processo, sobretudo nos casos em que coabite com o agressor

Aconselhar a nunca proferir o nome das instituições ou serviços, ou dos profissionais que estão a apoiá-la

O Estabelecimento de procedimentos e planos de segurança objetivos dentro e fora dos serviços deverão ser adaptados à realidade, e especificidade, de cada contexto de trabalho e articulados com as redes de parceiros, nomeadamente com os setores das forças de segurança, da justiça e da intervenção social

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

SIGILO E OBRIGATORIEDADE DE DENÚNCIA

Em termos penais, os crimes de violência doméstica, maus-tratos, ofensas à integridade física grave, lenocínio, tráfico de pessoas, entre outros, são considerados CRIMES PÚBLICOS, o que significa que **qualquer pessoa pode participá-los**, não dependendo de queixa por parte da vítima.

De acordo com o art. 242º do Código de Processo Penal, a DENÚNCIA CRIMINAL É OBRIGATÓRIA, “(...) ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos (...) para os funcionários, na aceção do artigo 386º do Código Penal, quanto aos crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.”.

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

SIGILO E OBRIGATORIEDADE DE DENÚNCIA

O ato de denunciar situações de violência coloca dúvidas aos profissionais de saúde, dada a perceção de que, daquele ato, podem resultar efeitos negativos para a situação da vítima e para a relação de ajuda estabelecida – em particular nos casos em que é a própria vítima a manifestar discordância, ou temor, acerca da realização da mesma.

- Perda de confiança
- Rejeição da intervenção
- Perigo para a vítima

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

SIGILO E OBRIGATORIEDADE DE DENÚNCIA

O sigilo profissional é o principal pilar da relação de confiança entre profissionais de saúde e utentes, pelo que deverá ser mantido sempre que a vítima não der o seu consentimento para a revelação dos fatos.

Direito do utente reconhecido no art. 3º da Lei nº 15/2014 de 21 de Março e nos diversos códigos deontológicos das diversas carreiras profissionais que integram o SNS, cuja violação constitui um crime contemplado no Código Penal

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

SIGILO E OBRIGATORIEDADE DE DENÚNCIA

A justificação da quebra do segredo profissional diz respeito a situações em que tal seja necessário para afastar perigo iminente – saúde, integridade física ou a vida.

Nestes casos, não pode haver dúvidas quanto à inevitável quebra de confidencialidade

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

MINIMIZAÇÃO DE DADOS

A revelação de práticas abusivas pode representar para as vítimas a exposição de aspetos íntimos e dolorosos que podem conduzir à sua fragilização e provocar reações negativas, no plano emocional.

Profissionais devem estar sensibilizados para os efeitos da sua intervenção – atitude compreensiva e acrítica

Princípio de intervenção mínima:

- evitar repetição de intervenções
- número mínimo de profissionais, apenas os indispensáveis para prestar cuidados e assegurar a proteção

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

RESPEITO PELO TEMPO, RITMO E DECISÕES DA VÍTIMA

Importante que o profissional respeite o tempo e ritmo da vítima, evitando acelerar o processo de mudança ou influenciando as suas decisões.

Atitude compreensiva e holística

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

PRINCÍPIO DA AUTONOMIA DA VÍTIMA

À luz deste princípio, a toma de decisões é da exclusiva responsabilidade da vítima, pois para além do respeito pela sua autonomia, direitos, dignidade e individualidade, tal permite consolidar mudanças de forma mais efetiva, tendo por base fatores internos e não imposições externas.

CONSENTIMENTO DECLARADO, DE FORMA LIVRE E ESCLARECIDA

Surge na sequência do anterior e é um direito do utente, traduzindo respeito pela sua individualidade e autonomia.

Significa que quem o detém deve estar adequadamente informado sobre o diagnóstico, prognóstico, intervenções, propostas e riscos inerentes a cada ato de cuidados de saúde.

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

PARTILHA DE INFORMAÇÃO

O profissional de saúde terá de tomar uma decisão informada sobre que tipo de dados compartilhar em determinada situação.

Nem sempre é fácil equilibrar a confidencialidade com questões de levantamento do sigilo, pelo que tal decisão, melhor do que em termos individuais, será preferencialmente tomada em equipa ou partilhada com outros profissionais – inclusive para assegurar a proteção do profissional

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

PARTILHA DE INFORMAÇÃO

Por vezes a falta de partilha pode ser mais perigosa que a quebra da confidencialidade



Deve ser apenas realizada com instituições devidamente credenciadas

A principal razão para que haja partilha de informação deverá atender à **SEGURANÇA DAS VÍTIMAS** – mesmo nestas situações apenas deve ser partilhada a informação que se considere imprescindível e relevante

6 - Direção- Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.

Conclusão

1. Problemática relaciona-se com a **ausência de estudos epidemiológicos** a nível nacional que possam objetivar a real dimensão do fenómeno e também pela sua difícil avaliação uma vez que se trata de um tema de complexo reconhecimento, quer pela vítima, quer pelos próprios agressores
2. Abordar as várias dimensões da violência é uma tarefa delicada. **Por norma, as questões recaem sobre mulheres e crianças vítimas de violência e raramente para esta problemática no idoso**
3. O interesse na avaliação da violência contra pessoas idosas é relativamente atual pois a violência contra idosos é um problema generalizado em todo o mundo e com efeitos devastadores nas vítimas
4. Torna-se pertinente esta intervenção no âmbito do SUG no sentido deste representar, na maior parte dos casos, **o primeiro contacto que a pessoa idosa, vítima de violência ou em risco**
5. Importante a aposta na **formação dos profissionais** para uma maior sensibilização para a problemática, sobre medidas de avaliação, deteção e intervenção

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). Manual título para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime e de violência. Disponível em http://www.apav.pt/intranet10/images/manuais/manuais_intranet/Manual_Titulo.pdf. Acedido a 2 de dezembro de 2014.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto
- Coler, M. A. Lopes, M. & Moreira, A. (2008). Os profissionais de saúde frente a violência no idoso. *Mudanças – psicologia da Saúde*, 16 (2), 116-122
- - Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). World Report on Violence and Health. Geneve: WHO. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf. Acedido a 15 de Maio de 2015
- Constituição da República Portuguesa (2005). Acedido a 03/07/2015. Disponível em <http://www.parlamento.pt/legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Costa, I., Pimenta, A., Brigas, D., Santos, L. & Almeida, S. (2009) – Maus tratos nos idosos: abordagem nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 537-542. Disponível em <http://www.rpmg.pt/ojs/index.php/journal-rpmg/article/view/5B%5D=10667&path%5B%5D=10403>. Acedido a 6 de janeiro de 2015
- Direção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacionais para a Saúde das Pessoas Idosas. Acedido a 10/06/2015. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7FA0B3760AA/0/006346.pdf>
- 6 - Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS
- Gaymu, J., Festy, P., Poulain, M. & Beets, G. (2008). Future Elderly Living Conditions in Europe. In Santos, A.J., Fernandes, A.A. & Gil, A.P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77
- Gil, A. P. & Fernandes, A. A. (2011) "No trilho da negligência..." configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas, *Forum Sociológico*, 21, 111-120. Disponível em <http://sociologica.revues.org/217>. Acedido a 28 Abril 2015
- Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (77-110). Loures: Lusociência
- Hardin, E. & Khan-Hudson, A. (2005). Elder Abuse – "Society's Dilemma". *Journal of the National Medical Association*, 97 (1) 91-94
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). World Report on Violence and Health. Geneve: WHO. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf. Acedido a 15 de Maio de 2015
- OE (2009). Código Deontológico. Acedido a 07/03/2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- OE (2012). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em 16-04-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Saliba, O., Garbin, C.A.S., Garbin, A.J.I. & Dossi, A.P. (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, 41 (3), 472-477
- Santos, A.J., Fernandes, A.A. & Gil, A.P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77
- Sethi, D., Wood, S., Mitts, F., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo, I. I., Lowenstein, A., Manthorpe, G. & Karki, F. U. (2001). European Report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf, acedido a 4 de Junho de 2015
- WHO (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Denmark: World Health Organization

APÊNDICE XV

Divulgação do Estudo de Caso de acordo com o Guião de
Colheita de Dados- SUG

Avaliação da Violência Interpessoal contra a pessoa idosa no contexto de um Serviço de Urgência Geral

Estudo de Caso

*A parceria como intervenção de enfermagem na promoção
do cuidado de Si*

Discente
Carla Leocádio

Novembro, 2015

Orientação
Professora Doutora
Idalina Gomes

OBJETIVO

Identificar as necessidades da pessoa idosa

- Utilizar instrumentos de avaliação adequados
- Planear e desenvolver intervenções de enfermagem em PARCERIA com a pessoa idosa, com suspeita, em risco ou em perigo de violência interpessoal

Sumário

Introdução

Colheita de Dados com base no Processo de Parceria

1. Revelar-se
2. Envolver-se
3. Capacitar ou Possibilitar
4. Comprometer-se
5. Assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro

Consideração finais

Referências Bibliográficas

Introdução

Os **estudos de casos clínicos** são estudos aplicados na assistência direta de enfermagem, com o objetivo de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade (...)

- fundamentam as ações de enfermagem
- proporcionam uma assistência individual e personalizada, na qual o paciente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas

(Galdeano, Rossi & Zago, 2003)

Introdução

A violência contra a pessoa idosa está associada a condições de vulnerabilidade física e psicológica das pessoas que envelhecem e que as tornam susceptíveis a situações de dependência extrema face a família e outro.

(Gil & Fernandes, 2011)

A construção de um **processo de parceria** passa por lidar com situações de vulnerabilidade e dependência, e *“qualquer que seja a circunstância do doente idoso, ele é um ser de ação, decisão e cuidado”*

(Gomes, 2013, p.94).

Gil, A. P. & Fernandes, A. A. (2011) “No trilho da negligência...” configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas, *Forum Sociológico*, 21, 111-120. Disponível em <http://sociologico.revues.org/471>. Acedido a 28 de abril de 2015.

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência

Introdução

O serviço de urgência representa, na maior parte dos casos, o primeiro contacto que a pessoa idosa tem com um serviço de saúde e o enfermeiro encontra-se em posição para atuar no sentido de identificar e encaminhar este tipo de situações.

No entanto, a triagem, considerada a "porta da frente" do ambiente hospitalar é um processo desenvolvido para a rápida definição de prioridades e gestão das condições de risco de vida. Para a pessoa idosa, no entanto, essa triagem falha no sentido de identificar as muitas complexidades que precipitam a sua admissão e que devem ser vistas como informação essencial.

(Ellis, Marshal & Ritchie, 2014)

Ellis, G., Marshall, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinic Interventions in Aging*, 9, 2033-2043

Introdução

Avaliação Multidimensional

“Os idosos estão sujeitos a uma multiplicidade de diagnósticos de saúde nos quais os aspectos físicos, mentais e sociais estão fortemente interligados. Portanto, as medidas de avaliação multidimensionais são as mais apropriadas para essa população”

(Rodrigues, 2008)

Pretende identificar

1. quais as dimensões da funcionalidade que demonstram mais dependência
2. quais as necessidades de ajuda para satisfação das suas necessidades humanas básicas.

Imprescindível a utilização de instrumentos para a realização de um diagnóstico rigoroso

(Sequeira, 2010).

Rodrigues, R.(2008) Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. Revista Panamericana de Salud Pública, 23(2):109–15.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;

Colheita de Dados com base no Processo de Parceria

1. REVELAR-SE

“O enfermeiro tem uma atitude onde mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa (...) esforça-se por conhecer a sua identidade (o que é a pessoa, quem é a pessoa) quais os seus valores, cultura, contexto de inter-relação social, mostrando respeito pela pessoa como um ser de direitos.”

(Gomes, 2013, p.99)

Gomes, I. D. (2013).- Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência

Dar-se a conhecer

Abordar a pessoa idosa de forma amável e reservar-lhe um local propício e cómodo	Cumprimentar e proporcionar privacidade, um local calmo (pessoa idosa internada em corredor – colocámos biombo para proceder à colheita de dados)
Apresentar-se à pessoa idosa e explicar o procedimento	Apresentámo-nos como enfermeiras a exercer funções no serviço e explicámos que iríamos colocar-lhe algumas questões e que só responderia se assim fosse sua vontade.
Demonstrar carinho e simpatia, respeito e ausência de juízos valorativos	Linguagem clara e pausada, não usando termos técnicos, mostrando simpatia e disponibilidade
Perguntar antes de atuar	Questionámos se consentia que abordássemos aspetos da sua esfera privada
Promover a escuta ativa e encorajar expressões e sentimentos	Utente vigil, pouco comunicativo mas atento às questões. Alguns momentos de pausa em que o doente se mostra hesitante em falar.

Conhecer a outra pessoa

Identidade

Nome	Sr. D.
Idade	78 anos
Naturalidade	Setúbal
Residência	Setúbal
Profissão	Reformado – funcionário público
Habilitações Literárias	4º ano de escolaridade
Hábitos Religiosos	Católico

Conhecer a outra pessoa

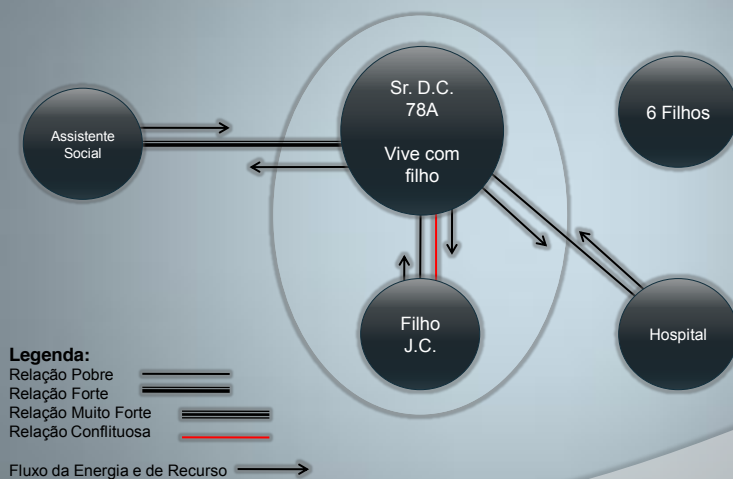
Situação Sócio-Familiar

Estado Civil	Viúvo (há vários anos)
Pessoa Significativa/cuidador	Filho
Pessoa com quem habita	Filho
Recursos Externos	Assistente Social
Condições habitacionais	Casa arrendada “casa em muito mau estado de higiene” (Alert)
Recursos Económicos	Vive de Reforma Filho com quem habita não trabalha
Ocupações	-----

ECOMAPA

“(...) representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita”

(Agostinho, 2007, p.327)



Conhecer o contexto de doença

Motivo de vinda ao Serviço de Urgência (Outubro 2015)	<ul style="list-style-type: none"> •Recusa Alimentar •Incontinência vesical •Agravamento estado geral •Dor lombar
Outros episódios de urgência e seus motivos	27 episódios de urgência desde Agosto 2007 (últimos 14 episódios desde Janeiro 2015)
Antecedentes Pessoais de Doença	<ul style="list-style-type: none"> •HTA •Ex-fumador •Insuficiência Venosa Crónica dos membros inferiores •HBP •<u>Cirurgia lombar</u> •Insuficiência Cardíaca •Angina de Peito •Depressão
Conhecimento da doença pelo familiar/cuidador	Alterna períodos de interesse com períodos de indiferença pela doença do pai. Episódio relatado em que evita vinda do pai ao SUG.
Alergias	Não são conhecidas
Terapêutica de Ambulatório	Lorazepam 2,5mg SOS Lopressor 100mg Propanolol 40mg (Inderal) Finasterida 5mg Cloridrato de Mebeverina 200mg (Duspatal) Beta-histina 16mg Dicloridrato de trimetazidina 20mg (Vastarel)
Responsável pela medicação em regime de ambulatório	Próprio e o filho. Relatada baixa adesão devido a baixos recursos económicos
Terapêutica em internamento	Amoxiciclina – Ácido Clavulânico e posteriormente piperacilina-tazobactam Tramadol; Buscopam SC

AGO 2007	Tonturas, dificuldade na marcha e crise hipertensiva
DEZ 2008	Falta de força, mal estar, quedas sucessivas, febre, incontinência vesical - ITU
MAR 2010	Diminuição da força muscular nos MI's; dor na grelha costal. " <u>Por questões financeiras não cumpre medicação</u> "; DOR TORÁCICA
JUN 2010	Dor abdominal e dificuldade na marcha. Observado em Ortopedia – LOMBALGIA CRÓNICA
JUL 2011	Dor nos MI's e diminuição da força - LOMBALGIA
FEV 2012	Diminuição da força muscular nos MI's, dor omoplata direita – LOMBALGIA
AGO 2013	Tonturas e desequilíbrio.
MAR 2014	Dor lombar e nos MI's, incapacidade na marcha. Relatada DEPRESSÃO. LOMBALGIA
MAIO 2014	Aperto torácico. Agrava com o esforço. ANGINA DE PEITO – referenciado para consulta
JUN 2014	Cateterismo há 72 horas. Equimose membro inferior direito.
OUT 2014	INEM. Dor abdominal. Obstipação. Enema. Relatado "bom estado geral"
DEZ 2014	Tonturas. Crise Hipertensiva (186/102mmHg). ABANDONOU O SERVIÇO.
JAN 2015	Tonturas. <u>Discurso Confuso</u> , amnésia para o sucedido. Estava acompanhado pelo filho. ABANDONOU O SERVIÇO.
FEV 2015	Confusão, agitação, cansaço, dor torácica. <u>Encontrado desorientado na via pública. Polícia chamou bombeiros. CISTITE AGUDA</u>
FEV 2015	Diminuição da força, desequilíbrio. <u>Acompanhado pelo filho</u> . Incontinência. Dificuldade em urinar. " <u>Não cumpre medicação por questões económicas</u> ". <u>Filho compromete-se a comprar a medicação.</u>
MAR 2015	Retenção Urinária, obstipação. ABANDONOU O SERVIÇO
ABRIL 2015	Hematúria franca. <u>Algaliação.</u>
MAIO 2015	Hematúria.
JUN 2015	Lipotímia na via pública. Dor torácica. <u>Referiu viver sozinho</u> . Relatado ALZHEIMER e bom estado geral.
JUL 2015	VMER. Dispneia e epigastralgias.
JUL 2015	Mialgias generalizadas. " <u>Diz que o filho o abandonou ontem, saiu de casa, não sabe onde foi e chamou-lhe "porco"</u> ". CASO SOCIAL – ALTA medicado com lorazepam
AGO 2015	INEM. Hematúria. Disúria. Relatado ALZHEIMER em diário clínico.
AGO 2015	INEM. Alteração do estado de consciência " <u>doente refere que sofre maus tratos em casa</u> " * ALTA
AGO 2015	Trazido pelos bombeiros por Dispneia e Dor abdominal (<u>não conseguiu dormir com a dor</u>)
SET 2015	INEM. Recusa alimentar. " <u>vive com filho toxicodependente em casa em muito mau estado de higiene, dependente, em cadeira de rodas</u> " " <u>vive com filho que não trabalha</u> " " <u>refere não ter dinheiro suficiente</u> " DESAJUSTAMENTO SOCIAL

EPISÓDIOS DE URGÊNCIA

- *“Segundo a equipa do INEM, no local o filho apresentou-se com alguma agressividade, tentando recusar o transporte do pai ao hospital, sendo necessária a presença da PSP”*
- *“Pede bolachas para comer, diz que não deseja morar com o seu filho”*
- *“Vou-me matar e mato mesmo se morar com ele”*
- *“Refere que foi espancado a semana passada e sofre maus tratos pelo filho”*

EPISÓDIOS DE URGÊNCIA

Foi observado pela psiquiatria:

- desorientado no tempo e espaço
- verbalizou vontade de regressar a casa – *“eu disse que me queria matar por causa da discussão, mas não vou fazer nada disso, não tenho mais ninguém”*

Informação cedida pelo filho (registada em Alert)

“mora com o pai, que esta manhã foi agredido por ele, que o senhor anda muito agressivo desde há algum tempo e já veio 3 vezes ao SU em pouco tempo!”

“medicamentos que foram receitados no SU em Junho mas que por poucos recursos económicos ainda não foram comprar”

“o pai tem ADSE e já foi referenciado aos Serviços Sociais e tem tido várias visitas da assistente social”

ENCAMINHADO PARA CONSULTA DE NEUROLOGIA E AVALIAÇÃO SOCIAL PARA EVENTUAL APOIO

22 SETEMBRO DE 2015

TAC pélvica e abdominal – Diagnóstico

“massa a nível do pólo inferior rim direito com cerca de 5 cm de diâmetro”

“duvidosa invasão veia renal”

“massa a nível da asa esquerda do íliaco com sinais de fratura e destruição óssea – tumor primário ou secundário?”

“doença invasiva num estadio avançado”

ALTA – medicado para ITU, referenciado para consulta externa de urologia oncológica

2 OUTUBRO DE 2015

Registos em *Alert*

“o doente apresenta-se com deterioração progressiva do seu estado – maus tratos”

“perdeu autonomia da marcha que tinha até há um mês atrás”. FICOU INTERNADO.

Teria consulta externa de urologia, para realização de biópsia renal. No entanto: *“o doente tem indicação para ser referenciado para paliativos não havendo necessidade de realizar a biópsia. A Dra. N.G (cuidados paliativos) já tem conhecimento da situação (...)”*

Assistente Social do Centro de Saúde a par da situação. Pedido de intervenção do Ministério Público para permitir à Segurança Social a gestão do caso.

Conhecer a história/experiência relacionada com a Violência

(baseado no manual de Violência Interpessoal da Direção-Geral da Saúde)

Relacionado com o Sr. D.C.

Conhecimento do tempo de dependência do cuidador	Dado o historial clínico o Sr. D. tornou-se mais dependente a partir de 2007 , altura em que iniciou dificuldade na marcha
Depende financeiramente do cuidador?	Não depende financeiramente do cuidador, vive da sua reforma.
Grau de incapacidade física ou intelectual Uso de Escalas Resultados 1. Mini-Mental State Examination 2. Lawton e Brody 3. Índice de Barthel 4. Mini Nutricional Assessment 5. Holden 6. Morse 7. Escala de Braden	Utente consciente, alterna períodos de calma com agitação (<i>"oscilações do estado cognitivo"</i>) Eupneico em repouso a ar ambiente. Acamado em SO; Alimenta-se, na maior parte das vezes sozinho e mostrando apetite que foi progressivamente perdendo. 1. Déficit cognitivo 2. Dependente Grave 3. Severamente Dependente 4. Desnutrido 5. Categoria Marcha dependente Nível II – necessita de grande ajuda 6. Médio Risco para Quedas 7. 12 pontos – alto risco de desenvolver úlceras por pressão
História de demência? Escala Clinical Dementia Rating	Demência leve
História de Depressão? Escala de depressão geriátrica de Yesavage - versão curta	Depressão grave
História de comportamento agressivo e desafiante (passado ou presente)?	Filho relata comportamento agressivo por parte do pai (<i>Alert</i>): <i>"mora com o pai, que esta manhã foi agredido por ele, que o senhor anda muito agressivo desde há algum tempo (...)"</i>
Tem apoio social?	Apoio de Assistente Social.
Conhecimento do padrão do sono	Alteração do padrão do sono a partir de Julho, altura em que é medicado com Lorazepam. No entanto queixa-se de não conseguir dormir devido às dores.
Existência de indicadores físicos suspeitos Elder Assessment Instrument (EAI)	Não são visíveis indicadores de agressão física. Segundo EAI, constatar-se uma evidência de negligência relacionada com vários aspetos que vão desde a não adesão terapêutica, casa em más condições de higiene, até ao seu estado nutricional deficiente. Há indícios de abandono, sugeridos em relatos do próprio doente assim como uma possível exploração financeira dado o filho depender da reforma do pai e manter hábitos toxifílicos.

Conhecer a história/experiência relacionada com a Violência

(baseado no manual de Violência Interpessoal da Direção-Geral da Saúde)

Relacionado com filho, Sr. J.C.

Depende financeiramente da pessoa idosa que cuida?	É dependente do pai. Está desempregado. (Não conseguimos apurar se usufruía de subsídios).
História de depressão?	Não é conhecida.
História de consumo de substâncias? (álcool ou drogas)	História atual de toxicodependência, que se tem agravado ao longo dos anos.
História de violência já relatada?	Sr. D. relata comportamento agressivo por parte do filho(<i>Alert</i>): <i>"Diz que o filho o abandonou ontem, saiu de casa, não sabe onde foi e chamou-lhe porco"</i> <i>"doente refere que sofre maus tratos em casa"</i> <i>"Refere que foi espancado a semana passada e sofre maus tratos pelo filho"</i>
Sobrecarga enquanto cuidador? Escala de Zarit	Não foi possível aplicar
Tem apoio social?	Apoio de assistente social
Demora na procura dos cuidados de saúde?	<i>"Segundo a equipa do INEM, no local, o filho apresentou-se com alguma agressividade, tentando recusar o transporte do pai ao hospital, sendo necessária a presença da PSP"</i>
Foi o próprio a procurar os cuidados de saúde?	Foi o próprio, devido às queixas intensas do pai e ao sentimento de que já não conseguiria cuidar dele em casa.

Colheita de Dados com base no Processo de Parceria

2. ENVOLVER-SE

“O Enfermeiro demonstra ter consciência dos efeitos da importância do tempo para os doentes idosos, pelo que, procura estruturar os tempos de relação de modo a que esteja disponível para escutar, demonstrar disponibilidade, solicitude, preocupação, uma atitude centrada na pessoa; demonstra respeito pela identidade do doente idoso e pelo espaço de identidade deste; promove o cuidado em ambiente seguro (...)”

(Gomes, 2013, p.100)

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência

Guião de Colheita de Dados através de entrevista relacionado com suspeita de violência

(baseado no manual de Violência Interpessoal da Direcção-Geral da Saúde)

A enfermeira interroga a (potencial) vítima em privado, questionando se pretende a presença de alguém	Abordámos o utente já em regime de internamento. Encontrava-se em maca, no corredor do SO. Sentámo-nos junto dele e colocámos um biombo para mais privacidade, informando o enfermeiro responsável pelo doente que pretendíamos desenvolver entrevista com utente e precisaríamos de algum tempo.
A enfermeira mantém uma atitude empática, facilitando a comunicação e expressão de sentimentos	Tentámos sempre manter uma linguagem calma e pausada com termos simples, para um fácil compreensão da entrevista.
A enfermeira mantém escuta ativa, não emitindo juízos de valor	Embora pouco comunicativo e por vezes até confuso e agitado, conseguimos ouvi-lo e perceber o que o preocupava. Não julgámos a sua situação nem o questionámos do porquê de a ter arrastado até esta altura.
A enfermeira segue uma sequencia lógica das questões (das mais gerais para as mais concretas), introduzindo o tema da violência de forma cuidadosa	Começámos por questioná-lo sobre o seu passado, a cidade onde nasceu, o seu casamento, filhos...até ao momento em que fica a viver com apenas um deles, que por sua vez, se torna dependente de si. Abordámos a questão da toxicodependência do filho e o Sr. D. não se manifestou.
A enfermeira adequa a linguagem à pessoa idosa	Evitámos o uso de termos técnicos. Sempre que Sr. D. não percebia a questão tentávamos reformulá-la.
A enfermeira garante confidencialidade	Informámos que toda a nossa conversa “ficava entre nós”.

“(...) o doente idoso, pela atitude de proximidade, de afetividade, de preocupação, de competência técnica e relacional que o enfermeiro demonstra, envolve-se, partilhando com este, através da linguagem verbal ou pela linguagem do corpo, do olhar, da postura, do ambiente que o rodeia, os significados da sua experiência de doença.”

(Gomes, 2013, p.101)

“Permite reconhecer as situações e procurar com as pessoas o que a motiva e dá sentido à sua vida, para em conjunto identificarem possibilidades e recursos do doente idoso para o cuidado de Si”

(Gomes, 2013, p.101)

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência

A enfermeira tenta conhecer a perceção que o idoso possui da sua situação e a que pensa dever-se o seu mal estar ou problema de saúde. Tenta perceber se aconteceu alguma situação que o deixou angustiado ou se alguma vez se sentiu magoado ou ameaçado por algum cuidador.	O Sr. D. referia sentir-se <i>“mesmo doente”</i> e sem capacidade para nada. A sua preocupação era não ter ninguém que se preocupasse com ele, <i>“os filhos não querem saber de mim, têm a vida deles”</i> . Já em diário clínico tinham sido relatadas as queixas de violência por parte do filho com quem cohabita. <i>“Abandonou-me”; “maltrata-me”; “não quero morar com ele”</i>
A enfermeira tenta perceber os receios do idoso e se está a vivenciar alguma situação problemática ou se existe algum problema no relacionamento com que lhe presta cuidados.	Para além da situação de violência descrita, as preocupações do Sr. D. recaíam na falta de recursos económicos e na falta de interesse por parte da família.
A enfermeira tenta conhecer se existem necessidades de apoio a nível de higiene, para se vestir, para ir às compras, ao banco ou preparar refeições ou se a pessoa idosa se sente isolada de família e amigos ou de atividades.	Pelo que conseguimos apurar, neste momento da sua vida, o Sr. D. já mantinha um certo grau de isolamento social. Ficava em casa a maior parte do tempo, não tinha capacidade de marcha (bengala – cadeira de rodas). Vivía (segundo assistente social da comunidade e as equipas de socorro que se deslocavam a sua casa) em más condições de higiene.
A enfermeira procura perceber a dificuldade expressa, se já se sentiu privado de receber comida, água, dormir ou cuidados médicos, se as portas ou janelas de sua casa encontram-se trancadas para que não possa sair ou se já lhe foi retirada alguma identificação e forçado a fazer coisas contra a sua vontade (como por exemplo assinar documentos permitindo a utilização do seu dinheiro ou pertences.)	Com a evolução progressiva da sua doença o Sr. D. foi perdendo o apetite e a sua recusa alimentar foi umas das razões que levou o filho a trazer o pai ao SU. O padrão do sono alterou-se com o aumento da intensidade da sua dor e não estando, em ambulatório, devidamente medicado para o efeito. Atualmente, e dada a sua condição, o seu dinheiro era gerido pelo filho.
A enfermeira presta atenção ao discurso (gaguejo, voz vacilante) e ao estado emocional (roer as unhas, labilidade emocional)	O Sr. D. mostrou-se muitas vezes renitente em falar da sua vida mas quando o fazia demonstrava alguma revolta, falando mais alto e rápido, gesticulando com frequência.

Colheita de Dados com base no Processo de Parceria

3. CAPACITAR OU POSSIBILITAR

“Capacitar é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir (...) o enfermeiro desenvolve um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado, ou seja, com partilha de responsabilidade e poder em que mobiliza a singularidade da pessoa para ajudar a transformar capacidades potenciais em reais, para que a pessoa idosa possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si”

(Gomes, 2013, p.101)

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência

Construção de ação conjunta para a pessoa idosa assumir o controlo de Si

A enfermeira partilha conhecimento sobre o tema da violência com a pessoa idosa	Abordámos o tema da violência. Abordámos o que se passou especificamente com ele.
A enfermeira faz com que a pessoa idosa não se sinta culpada	Explicámos que o Sr. D. não tem culpa do que lhe aconteceu.
A enfermeira aborda o medo	Questionámos se alguma vez sentiu medo e o Sr. D.D. refere que não. No entanto, explicamos que neste momento está seguro.
A enfermeira não desvaloriza a sensação de perigo (se for expressa)	Não expressou sentir-se em perigo.
A enfermeira aborda a resistência que existe em reconhecer estas situações como um problema	Referimos que muitas vezes estas situações arrastam-se durante muito tempo, até anos. São um problema e podem ser resolvidos atempadamente.
A enfermeira alerta para os riscos e consequências que advêm da suas escolha (sem emitir juízos de valor)	Informámos que, se tivesse alta, talvez a melhor opção não seria regressar a casa, mas sim a um local onde poderia ser tratado de uma forma diferente.
A enfermeira ajuda a refletir, a ordenar ideias e na tomada de decisão	O Sr. D. não verbalizou a sua vontade.
A enfermeira esclarece o direito à confidencialidade	Reforçámos a ideia de que esta conversa era confidencial.
A enfermeira apoia iniciativas de mudança e estabelece em conjunto o plano mais adequado para a promoção do cuidado de Si	Explicámos ao Sr. D. que a mudança seria a opção mais adequada dada a sua situação atual, que tem uma equipa de médicos, enfermeiros e assistentes sociais disponíveis para tratar de si e acompanhá-lo naquilo que precisar.
A enfermeira reforça as decisões, respeitando o tempo e as suas preferências	Reforçamos a ideia de que toda a equipa o respeita e de poderia tomar as suas decisões com tempo.
A enfermeira esclarece sobre o tipo de informação que é fornecida às autoridades	Esclarecemos que é uma situação que necessita ser denunciada. O que se passava na sua casa, a situação do seu filho toxicodependente. Que são equipas que o fazem e tentam resolver tudo da melhor maneira.

“Possibilitar implica estar presente e ter cuidado com o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível, no sentido de antecipar complicações, permitir que a pessoa possa ter conforto e bem-estar e prosseguir na sua trajetória de vida, preservando a sua identidade no contexto social”

(Gomes, 2013, p.103)

Promover o cuidado do outro

A enfermeira sinaliza a situação de violência interpessoal no momento em que a identifica	Fomos alertados para um doente com alta na zona de ambulatório e que filho recusava levá-lo, alegando não ter condições para tratar do pai. Identificámos a situação.
A enfermeira proporciona cuidados que sejam necessários a nível de conforto, alimentação, ...	Preocupámo-nos em localizar o doente e perceber se mantinha quadro de dor ou se já se tinha alimentado (razões pelas quais tinha sido trazido). Estava prostrado mas colaborante e verbalizava fome.
A enfermeira articula-se com a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) presente no serviço de urgência	Sinalizámos esta situação de imediato ao chefe de equipa médico. Pedimos pequeno-almoço à assistente operacional da zona de ambulatório.
A enfermeira regista em diário clínico pormenores relacionados com estado da pessoa idosa (citações do idoso e/ou lesões que apresente)	Registámos esta situação em diário clínico e mais tarde em livro de ocorrências. Não apresentava lesões na altura, nem queixas em relação a violência.
A enfermeira, assegura-se juntamente com a equipa, que a pessoa idosa não tem alta do Serviço de Urgência	Dada a situação (e após contacto com assistente social do serviço que já conhecia a situação através da assistente social da comunidade) optou-se por proceder ao internamento do Sr. D..
A enfermeira trabalha em conjunto com assistente social	Já descrito.
A enfermeira articula-se com elementos da comunidade	Já descrito. Pedido de intervenção do Ministério Público para permitir à Segurança Social a gestão do caso.
A enfermeira poderá articular-se com familiar e/ou cuidador	_____

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência

Colheita de Dados com base no Processo de Parceria

4. COMPROMETER-SE

“O enfermeiro ajuda a suportar o compromisso que a pessoa faz com base no que faz sentido para si”

(Gomes, 2013, p.103)

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência

Cuidado de Si	
A enfermeira identifica os principais significados para pessoa idosa em relação a situações de Violência Interpessoal	O Sr.D.C. tinha percepção da sua condição. Relatava, desde há algum tempo, nas várias vindas ao serviço "sofro de maus tratos", "não quero morar com ele", mas "não tenho mais ninguém".
A enfermeira compromete-se com a pessoa idosa ajudando-se a assegurar o cuidado de Si	Asseguramos que temos a sua confiança. Referimos que este é um momento para ficar tranquilo, permitindo-lhe a verbalização de sentimentos.
A enfermeira valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de Si	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar estado de consciência; •Cuidados de higiene e conforto no leito com ajuda total; • Auxílio na alternância de decúbito; • Avaliação da dor e administração de terapêutica SOS; •Supervisionar alimentação e ingestão hídrica; •Monitorizar padrão de sono em internamento e providenciar terapêutica SOS, se necessário •Suporte emocional, reduzir a ansiedade através do processo parceria •Não substituir naquilo que é capaz de realizar autonomamente (alimentar-se); •Vigiar padrão de eliminação vesical e características da urina •Vigiar sinais de alerta de infeção associada aos cuidados de saúde (dado tempo de internamento) •Registos em diário clínico
Cuidado do Outro	
A Enfermeira desenvolve um esforço conjunto com equipa multidisciplinar para assegurar cuidado do Outro dentro daquilo que faz sentido para a pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> •Supervisão de cuidados por parte de assistentes operacionais •Articulação com assistente social para conhecimento da evolução do processo
A Enfermeira poderá ajudar familiar e/ou cuidador na construção da capacidade de assegurar o cuidado do Outro dentro daquilo que faz sentido para a pessoa idosa	
A enfermeira valida as intervenções realizadas para a promoção do cuidado do Outro em relação a situações de Violência Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> •Registar informação que nos foi relatada por outros •Passar informação ao outros enfermeiros que cuidarão do Sr. D. •Questionar outros sobre particularidades do Sr. D. durante o seu internamento

Colheita de Dados com base no Processo de Parceria

5. ASSEGURAR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

“Assumir o controlo do cuidado de Si próprio significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem estar”

(Gomes, 2013, p.103)

Assumir o cuidado de Si

A pessoa idosa tem perceção da sua situação de violência	O Sr. D. tem conhecimento e consciência da sua situação.
A pessoa idosa está informado e capaz de tomar decisões relativas à situação de violência	Está informado mas em condição de doença avançada, com necessidade de internamento por tempo indeterminado, sem capacidade para a tomada de decisão sobre o problema.
A pessoa idosa assegura conseguir gerir autonomamente sua situação	Sem capacidade de gerir a sua situação.
A pessoa idosa conhece os recursos disponíveis, no hospital e comunidade, para decidir o melhor caminho para Si	O Sr. D. reconhece, neste momento, que o internamento é a opção mais segura, relativamente à sua doença e à condição de violência interpessoal no domicílio.
A pessoa idosa sente-se confiante e manifesta conforto na forma como foi tratada	Sente-se confortado e seguro no internamento: •alimentação •padrão de sono •dor

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência

“O Enfermeiro garante que a família adquira capacidade para cuidar do doente idoso e mantém-se como um recurso”

(Gomes, 2013, p.103)

Assumir e Assegurar o cuidado do Outro

A equipa multidisciplinar / familiar e/ou cuidador tem perceção da situação de violência	Toda a equipa está desperta para a situação de violência.
A equipa multidisciplinar / familiar e/ou cuidador conhece o projeto de vida e aquilo que faz sentido para a pessoa idosa	A equipa reconhece que o Sr. D. se encontra deprimido, no entanto fá-lo sentir seguro. Promove um ambiente calmo e seguro, proporcionando alívio da sua sintomatologia e satisfazendo as suas necessidades básicas de vida diária.
A equipa multidisciplinar reconhece na enfermeira um recurso para a promoção do cuidado na pessoa idosa vítima de Violência	Tanto os médicos, assistentes operacionais e assistentes sociais reconhecem no(s) enfermeiro(s), que acompanha o doente 24 horas por dia, a detentora de informação essencial relacionada com o seu estado geral e alterações relevantes do seu estado de saúde.
O familiar e/ou cuidador conhece os recursos da comunidade que o podem ajudar a assegurar o cuidado da pessoa idosa	

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência

Considerações Finais

A elaboração deste estudo de caso, baseado no processo de parceria, permitiu **identificar, atempadamente, as principais necessidades e problemas** do Sr. D.

A avaliação multidimensional que realizámos, em contexto de urgência, permitiu-nos intervir e antecipar complicações ao mesmo tempo que **respeitámos a individualidade da pessoa, negociando e incluindo-a nos cuidados**

Referências Bibliográficas

Agostinho, M. (2007). Ecomapa. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 327-330

Galdeano, L., Rossi L. & Zago M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Revista Latino-americana Enfermagem, 11(3), 71-5.

Gil, A. P. & Fernandes, A. A. (2011) "No trilho da negligência..." configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas, *Forum Sociológico*, 21, 111-120. Disponível em <http://sociologico.revues.org/471>. Acedido a 28 de abril de 2015.

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência

APÊNDICE XVI

Fluxograma de intervenção multidisciplinar na Violência contra a Pessoa
Idosa – Serviço de Urgência Geral

FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA - SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA E EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

